Nr 4 22 stycznia 1939 Rok XVIII

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne

Dr Jan SOSIN. St. Asystent Lwów

Ziarnica przewodu pokarmowego

Z Instytutu Anatomii Patologicznej U. J. K. we Lwowie
Dyrektor: Prof. dr Witołd Nowicki

Ziarnica złośliwa, dawniej uważana za sprawę dość rzadką, jest jednak sprawą chorobową dziś wcale często rozpoznawaną. Przekonano się nadto, że pojawia się ona nie tylko jako systemowa sprawa uogólniona, ale może także przedstawiać obraz kliniczny i anatomiczny schorzenia miejscowego, tj. ograniczonego tylko do pewnego narządu. Nie wchodząc na razie w rozpatrywanie pytania, czy tego rodzaju odosobnione postacie ziarnicy z czasem nie stają się ziarnicą uogólnioną należy zaznaczyć, że według danych z piśmiennictwa i spostrzeżeń z tutejszego Zakładu Anatomii Patologicznej może ona zajmować rozmaite narządy.

I tak w roku 1913 na Zjeździe niemieckich lekarzy i przyrodników przedstawia Schlangenhaufer po raz pierwszy odosobnioną ziarnicę przewodu pokarmowego. Sprawa tzw. odosobnionej ziarnicy złośliwej jest zagadnieniem interesującym zarówno ze stanowiska patogenetycznego, jak i klinicznego, ma ona również znaczenie pod względem praktyczno-lekarskim. Przy omawianiu patogenezy ziarnicy złośliwej nasuwa się pytanie, czy istotnie można mówić o jej odosobnionej anatomiczno-klinicznej postaci. Wiadomo, że spostrzega się przypadki zajęcia sprawą ziarniczą tylko pewnych grup gruczołów chłonnych, jak np. gruczołów szyjnych, nadobojczykowych, pachowych lub pachwinowych lub tylko gruczołów śródpiersia, krezkowych, wnęki wątroby, okolicy trzustki, nerek i gruczołów usadowionych na mięśniu lędźwiowym. Zajęte grupy gruczołowe mogą dochodzić nawet do znacznych rozmiarów, a ich zmiany ziarnicze ograniczają się zawsze lub przez czas dłuższy tylko do nich, podczas gdy gruczoły innych miejsc mogą być niepowiększone i histologicznie mogą nie wykazywać zmian ziarniczych.

Należy się spytać, czy tego rodzaju przypadki ziarnicy nie są tylko przejściowym okresem ziarnicy uogólnionej. Według dawniejszych poglądów, ziarnica miała zajmować przede wszystkim same gruczoły chłonne, jednak w miarę ogłaszania coraz większej liczby przypadków ziarnicy narządów, sprawa zaczęła przedstawiać się zupełnie inaczej. Z tego też powodu przypadki odosobnionej ziarnicy narządów budzą niewątpliwie większe zainteresowanie.

Zarówno na podstawie piśmiennictwa, jak i na podstawie własnego doświadczenia, mogę powiedzieć, że ziarnica może zajmować tylko pewien narząd, jako sprawa wyłącznie do niego ograniczona, a więc może ona zajmować poszczególne odcinki przewodu pokarmowego, górne części dróg oddechowych, części narządu moczo-płciowego i skórę. W tutejszym Zakładzie mieliśmy sposobność bioptycznego badania histologicznego ziarnicy powieki młodego mężczyzny, u którego nie można było wykazać zmian ziarniczych gdzie indziej usadowionych. W tego rodzaju przypadkach odosobnionej ziarnicy narządu jest zwykle zajęta sąsiednia, anatomicznie do niego należąca grupa gruczołów chłonnych. Zaledwie w niewielu przypadkach ziarnicy odosobnionej odpowiednie gruczoły nie były powiększone.

Jeżeli się przyjmie, że przyczyną ziarnicy złośliwej jest przyczyna uorganizowana, a więc jakiś, dziś jeszcze nieznany zarazek, to należało by przyjąć, że odpowiedni narząd stanowiłby w chwili zakażenia szczególnie korzystne pole dla tego zarazka. Należało by przyjąć, że własności biologiczne tego zarazka, a więc także jego jadowitość, była niewielka, skoro zmiany ograniczyły się tylko do pewnego miejsca, dając w wyniku postać odosobnionej ziarnicy. Na podstawie prac ostatnio ogłoszonych, w których opisano kliniczne przypadki ziarnicy odosobnionej, obserwowane przez kilka lat, wiemy, że sprawa następnie może się uogólnić w całym ustroju.

Najwcześniej poznane i najliczniejsze są przypadki odosobnionej ziarnicy przewodu pokarmowego. Możliwe jest, że przypadki odosobnionej ziarnicy przewodu pokarmowego poznano dlatego, ponieważ zmiany w nim usadowione, np. przez zwężenie lub przebicie szybko wiodą do zejścia śmiertelnego, a tym samym nie pozwalają na uogólnienie się ziarnicy w całym ustroju. Poszczególne przypadki z zajęciem otoczenia przewodów żółciowych i gruczołów chłonnych około żyły wrotnej watroby, zebrane przez Coronini należy przypisać najprawdopodobniej zakażeniu przewodu pokarmowego.

Najczęściej (65%) jest zajęty żołądek i jelita cienkie, a często jedno i drugie. Każda część żołądka może być zajęta przez zmiany ziarnicze. Najczęściej w jelitach zmiany sadowią się w dwunastnicy, w górnych odcinkach jelita czczego, biodrowego oraz w okolicy zastawki Bauhina. Pierwotne zmiany ziarnicze przełyku należą do nadzwyczaj rzadkich; w piśmiennictwie ogłosił zaledwie jeden przypadek w roku 1936 Chiolero. Ziarnica w powyższym przypadku usadowiła się w środkowej części przełyku, powodując bardzo silne zwężenie, a wyglądem przypominała zupełnie raka włóknistego. W jelicie grubym stwierdza się zmiany tylko w przypadkach uogólnionych, w postaci niekiedy rozległych owrzodzeń. W piśmiennictwie znany jest także zaledwie jeden przypadek, opisany w roku 1936 przez Pope, w którym było zajęte lewe zgięcie okrężnicy.

Postacie odosobnionej ziarnicy przewodu pokarmowego można podzielić na postacie guzowate, wrzodziejące i naciekowe. W postaciach guzowatych są guzy różnej wielkości, od wielkości główki szpilki do wielkości mandarynki, najczęściej sterczą one w świetle jelita, powierzchnia ich jest mniej lub bardziej nierówna, guzkowa. Na przekroju są białawo-szarawe bez wyraźnej struktury, gdzieniegdzie zaznaczają się bardziej żółtawe miejsca martwicze. Guzy takie mogą wieść do błędnego rozpoznania nowotworu, co rzeczywiście zdarzało się niejednokrotnie w przypadkach znanych z piśmiennictwa.

W postaciach wrzodziejących wrzody mogą być powierzchowne lub mogą przenikać przez wszystkie warstwy jelita lub żołądka, zależnie od rozległości zmian. Mają one cechy dość charakterystyczne; przede wszystkim nacieki ziarnicze sadowią się wprawdzie w grudkach chłonnych i kępkach Peyera, nie ograniczają się jednak tylko do nich, lecz naciekają nieregularnie otoczenie. Brzegi wrzodów są wywinięte, wałowato wzniesione, twarde, na przekroju szarawe. Dno wrzodów jest nierówne, przeważnie martwicze. W odróżnieniu od gruźlicy nie stwierdza się gruzełków. Wrzody mogą przebijać. W obrębie ich mogą występować też zwężenia.

Trzecia postać, postać naciekowa przedstawia białawo-szarawe zgrubienia ściany jelita, mogące dochodzić do grubości 1—2 cm, przy czym zupełnie zaciera się rysunek warstwowy przekroju ściany jelita. Nacieki mogą przypominać tkankę mięsakową lub rakową. Powierzchnia nacieku jest nierówna i przedstawia spłaszczone guzowatości. W sąsiedztwie wszystkich postaci zmian ziarniczych powstają zrosty.

We wszystkich przypadkach odosobnionej ziarnicy przewodu pokarmowego sąsiednie gruczoły chłonne zawsze są zajęte i dochodzą do wielkości małej fasolki lub orzecha włoskiego, niekiedy zaś mogą tworzyć pakiety, dochodzące do wielkości mandarynki. W przypadkach odosobnionej ziarnicy jelit, niekiedy stwierdza się powiększenie gruczołów szyjnych lub pachwinowych, co klinicznie jest ważne, gdyż może ułatwić rozpoznanie sprawy. Tego rodzaju sprawy uważam już za ziarnicę uogólnioną, bo odosobnionymi przypadkami są tylko te przypadki, w których zmiany są ograniczone ściśle do pewnego narządu i do najbliżej położonych gruczołów.

Histologicznie w zajętych narządach i w sąsiednich gruczołach w przypadkach odosobnionych są prawie zawsze świeże okresy ziarnicy. Komórek typu Sternberga w ogóle jest niewiele. Jedynie w tych postaciach, w których powstają zwężenia, pojawia się już obficiej tkanka łączna i komórki Sternberga. Komórki Sternberga występują obficiej w przypadkach dłużej się przeciągających. Wśród nacieków ziarniczych stwierdza się miejscami ogniska martwicze, a ilość ich jest dość znaczna, zwłaszcza w postaciach wrzodziejących.

Podobnie, jak w przypadkach odosobnionej ziarnicy przewodu pokarmowego, te wszystkie postacie pojawiają się także w przypadkach ziarnicy uogólnionej. Histologicznie mogą się one nieco różnić, ponieważ w przypadkach odosobnionych stwierdza się prawie zawsze tylko świeże zmiany, natomiast w postaciach uogólnionych widzi się różne okresy.

W materiale tutejszego Zakładu Anatomii Patologicznej mieliśmy trzy przypadki odosobnionej ziarnicy jelita i jeden równoczesnej ziarnicy żołądka i jelit w przypadku uogólnionej ziarnicy.

W *pierwszym przypadku* prof. Nowickiego zajęty był odcinek jelita cienkiego w odległości 2 m od zastawki Bauhina na przestrzeni około 15 cm, przy czym światło jego było tak silnie zwężone, że z trudnością przepuszczało ołówek. Po rozcięciu w miejscu zwężenia, grubość ściany dochodziła do 1 cm, wytworzona z tkanki jednostajnie białawej. Zgrubiała błona śluzowa i podśluzowa tworzyła grube fałdy poprzeczne, które w miarę zbliżania się do prawidłowej błony śluzowej stawały się coraz mniejsze. W miejscu zwężenia znajdowało się owrzodzenie, przebijające między blaszkami krezki do jamy otrzewnej, z następowym jej ogólnym ropnym zapaleniem. (Przypadek powyższy został opisany w Pol. Gaz. Lek. w roku 1930, str. 733).

Przypadek drugi (z Kliniki Chirurgicznej U. J. K.).

Wyciąg z historii choroby: Ojciec zmarł na zapalenie płuc. Matka i rodzeństwo zdrowi. W dzieciństwie przebył odrę. Przed dwoma laty chorował na żołądek, przez 4 dni z objawami silnego, napadowo występującego bólu w okolicy dołka podsercowego, który nie wykazywał promieniowania i trwał przez kilkadziesiąt minut, po czym na jakiś czas ustępował i ponownie wracał. Równocześnie występowały kilkakrotnie wymioty treścią żółciową oraz silna biegunka, niekiedy z domieszką krwi. Ostatnia choroba zaczęła się na dwa miesiące przed śmiercią uczuciem pełności, silnym wzdęciem brzucha oraz brakiem apetytu. Chory zauważył powiększenie się brzucha i słyszał głośne burczenie i przelewanie się w jamie brzusznej. Stolce i wiatry odchodziły normalnie, była nawet skłonność do rozwolnień. Powyższe objawy występowały przez trzy miesiące z okresami bądź zaostrzenia, bądź poprawy. Pogorszenie wystąpiło niedawno, kiedy zależnie od rodzaju pożywienia i częstości jedzenia dołączał się ból w górnej części jamy brzusznej, pod obu podżebrzami, który niekiedy przechodził od strony lewej ku prawej i odwrotnie. Ostatnio ból umiejscowił się w dołku podsercowym i nad pępkiem. Zamiast biegunek wystąpiło zaparcie, stolce co drugi dzień. Wiatry, które dawniej odchodziły normalnie, obecnie odchodzą z trudnością a brzuch się powiększa. Pod koniec wystąpił stały ból w krzyżach i obrzęki nóg do kolan. Zmarły sam wyczuwał ręką w brzuchu wypuklenie wielkości jabłka w połowie odległości między pępkiem a wyrostkiem mieczykowatym. Nie pił, nie palił. Chorób wenerycznych nie przechodził. Ciepłota ciała do 37,2°, bez żadnych charakterystycznych cech.

Badanie krwi: ciałka białe 6.100, czerwone 4.970.000. Odczyn Wassermanna ujemny.

Ze względu na wzmaganie się objawów wykonano zabieg operacyjny i otwarto jamę brzuszną.

Rozpoznanie kliniczne: Tumor mesenterii. Sekcję zwłok wykonano w 14 godzin po śmierci.

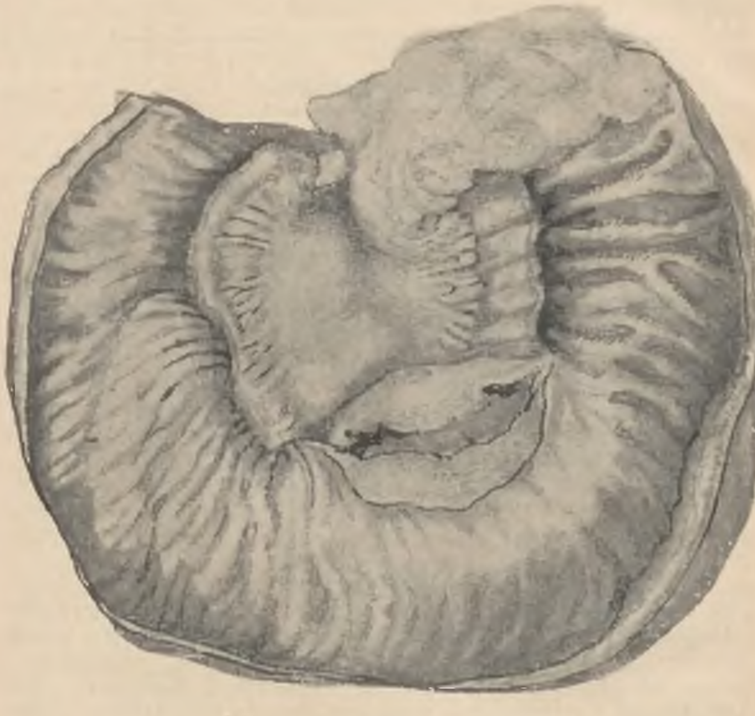
Rozpoznanie anatomo-patologiczne: Status post laparotomiam explorativam. Lymphogranulomatosis maligna intestini tenui et glandularum mesaraicarum. Peritonitis fibrinoso-purulenta diffusa. Tumor lienis acutus. Pleuritis fibrinosa ambilateralis (ad bascos pulmonum). Anaemia et cachexia universalis. Prot. sekc. 191/36.

Opis zmian. Zmiany ziarnicze zajmowały jelito czcze w odległości około 70 cm od dwunastnicy na przestrzeni około 25 cm. Odcinek jelita przedstawiał sztywną rozszerzoną rurę, której ściany były silnie zgrubiałe, nacieczone białawą tkanka a grubość ich wahała się od 8—15 mm. Błona śluzowa była nieregularnie zgrubiała, fałdy poprzeczne miejscami zgrubiałe i wzniesione, miejscami przypominały przypłaszczone guzowatości. Owrzodzeń na powierzchni nie było. W pierwszej chwili myślano o mięsaku jelita czczego z przerzutami w gruczołach krezkowych lub o mięsaku wychodzącym z gruczołów chłonnych (ryc. 1).

Badanie histologiczne ustaliło właściwe rozpoznanie. Przyczyną śmierci było pooperacyjne zapalenie otrzewnej.

Przypadek trzeci dotyczył żony rolnika, która została przyjęta na Klinikę Chorób Wewnętrznych.

Wyciąg z historii choroby: Wywiady rodzinne bez znaczenia, po ostatnim porodzie, a przebyła ich 5. na trzy lata przed śmiercią wystąpiło ogólne osłabienie, bladość skóry, biegunka (4 do 6 wolnych stolców) okresowo się utrzymująca. Na pięć miesięcy przed zgonem zmarła odczuwała gniecenie i tępe bóle w dołku podsercowym po jedzeniu, puste i kwaśne odbijania, częste nudności i wymioty, a pod koniec szum w uszach, ćmienie przed oczyma, duszność i bicie serca. Uderzało silne wychudnięcie.



Ryc. 1. Postać naciekowa ziarnicy jelita cienkiego (przypadek drugi)

Mocz bez zmian. Ciepłota do 38,4° o typie *continua*. Po krótkim pobycie w klinice chora umarła.

Rozpoznanie kliniczne: Lymphogranuloma malignum gland. retroperitonealium. Anaemia gravis. Anasarca. Ascites. Adynamia musculi cordis.

Sekcję zwłok wykonano w 15 godzin po śmierci.



Ryc. 2. Postać guzowata ziarnicy jelita biodrowego (przypadek trzeci)

Rozpoznanie anatomo-patologiczne: Lymphogranuloma malignum intestini ilei et glandularum mesenterialium. Tumor permagnus lienis. Ascites hylosus et peritonitis fibrinosa recens e perforatione intestini ilei loco infiltrationis. Degeneratio et infiltratio adiposa hepatis, myocardii renumque. Dilatatio cordis. Anaemia universalis. Prot. sekc. 317/36.

Opis zmian. Przypadek ten był zupełnie odmienny od przypadków poprzednich. Dotyczył on kobiety lat 35. W końcowym odcinku jelita biodrowego na przestrzeni około 50 cm znajdowały się szarawe spłaszczone guzy w obrębie grudek chłonnych i kępek Peyera, przekraczające miejscami wielkość 50-groszówki. Jeden z tych guzów uległ martwicy i przebił do jamy otrzewnej, powodując w otoczeniu miejsca przebicia ograniczone zapalenie otrzewnej. Gruczoły krezkowe i około żyły wrotnej były silnie powiększone, białawe, miękkie. Wskutek powiększenia gruczołów około żyły wrotnej powstało zastoinowe powiększenie śledziony i puchlina jamy brzusznej. Gruczoły obwodowe i śledziona we wszystkich trzech przypadkach nie były ziarniczo zmienione. Tak więc w dwóch pierwszych przypadkach była to naciekowa postać ziarnicy, w trzecim zaś postać guzowata (ryc. 2).

Rozpoznanie kliniczne: Lymphogranulomatosis. Infiltratio costarum lateris sinistri. Fractura costarum sub sequente pneumothorace sinistro. Emphysema subcutaneum. Adynamia musculi cordis.

Sekcję zwłok wykonano w 42 godzin po śmierci.

Rozpoznanie anatomo-patologiczne: Lymphogranulomatosis glandularum colli, supraclavicularium axillarium, thoracis, abdominis, ventriculi, intestini tenuis crassique. Fractura costarum IV—X lateris sinistri. Pleuritis fibrinoso-purulenta sinistra. Bronchopneumonia confluens lobi inferioris sinistri. Dilatatio cordis totius. Tumor lienis lymphogranulomatosus. Atrophia cordis renumque. Cholelithiasis. Prot. sekc. 817/37.

Opis zmian. W części odźwiernikowej i przedodźwiernikowej żołądka były widoczne płaskie wyniosłości o granicach nieco rozlanych, dochodzące do wymiaru 7,5×5,5 cm, wysokie na



Ryc. 3. Zmiany w żołądku w przypadku uogólnionej ziarnicy (przypadek czwarty)

Histologicznie we wszystkich trzech przypadkach stwierdzono świeże zmiany ziarnicze.

Przypadek czwarty ziarnicy żołądka i jelit w uogólnionej postaci ziarnicy złośliwej dotyczył kobiety lat 56, żony stolarza.

Wyciąg z historii choroby: Zmarła przed śmiercią przebywała na Klinice Chorób Wewnętrznych U. J. K. W wywiadach podała, że rodzice jej zmarli w podeszłym wieku. Ojciec z przyczyny nieznanej. Matka z powodu raka sutka. Z pięciorga rodzeństwa dwoje zmarło, troje żyje zdrowych. W dzieciństwie przebyła wyłuszczenie migdałków, z chorób zakaźnych krztusiec. Pierwszą miesiączkę miała w 13 roku życia, trzy dni trwającą, niebolesną, miernie obfitą. Następne były zupełnie prawidłowe. Ostatnia w 45 roku życia. W 21 roku życia wyszła za mąż, cztery razy rodziła, dzieci żyją zdrowe. Dwa razy miała sztuczne poronienia. Mąż żyje i jest zupełnie zdrów. W 31 roku życia przebywała na Oddziale Chorób Umysłowych Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie z powodu psychozy religijnej. W 51 roku życia przeszła operację polipa krtani i zauważyła osłabienie słuchu. Na dwa lata przed śmiercią cierpiała na silne wzdęcia jelit i oddawała często mętny mocz, zwłaszcza w nocy w małych ilościach z parciem. W 9 miesięcy przed śmiercią zauważyła powiększenie gruczołów szyjnych po stronie prawej, a w 2 tygodnie przed śmiercią po stronie lewej. W tym czasie stwierdziła również utrudnienie połykania i głośnej mowy. Przez cały czas choroby swędzenia skóry nie odczuwała, pociła się obficie, ciepłoty ciała nie mierzyła. Sen i apetyt miała dobry, znacznie traciła na wadze. Mocz i stolec oddawała prawidłowo.

Krew: ciałek białych 3.500, ciałek czerwonych 3,610.000, hemoglobiny (Sahli) 72%.

Obraz krwi w barwieniu metodą Pappenheima prawidłowy. Odczyny Pirqueta i Wassermanna ujemne. Opadanie ciałek czerwonych (Biernacki) 66 mm po godzinie.

7—10 mm, o powierzchni prawie gładkiej. Jedynie na jednej wyniosłości stwierdzało się kilka małych ubytków w błonie śluzowej, o brzegach dość ostrych. Błona śluzowa i podśluzowa samego odźwiernika również była nacieczona i tworzyła zgrubiałe fałdy. Na przekroju pionowym wyniosłości te były nacieczone szarawo-różowawą miękką tkanką naciekającą wszystkie warstwy i skutkiem tego granice ich były zupełnie zatarte. W dwunastnicy stwierdza się szereg miękkich białawo-szarawych guzków, bądź listewkowatych zgrubień. Zmiany w jelicie cienkim i grubym przedstawiają się również w postaci mniej lub bardziej przypłaszczonych guzków rozmieszczonych w grudkach chłonnych i kępkach Peyera. Zmiany ziarnicze w powyższym przypadku zajęły prawie wszystkie gruczoły chłonne, wywołały zmiany w żebrach, powodując ich łamanie się oraz zmiany w płucach. Przyczyną śmierci w przypadku powyższym było odoskrzelowe zapalenie płuc u osoby wyniszczonej (ryc. 3).

Szczególnie godne uwagi są przypadki ziarnicy złośliwej gardła i jamy nosowo-gardłowej, zwłaszcza ze względów patogenetycznych. W roku 1935 G r ä f f zebrał 12 przypadków ziarnicy gardła i jamy nosowo-gardłowej, w czym było 2 przypadki odosobnionej ziarnicy. Klinicznie były tylko powiększone gruczoły szyi, a dopiero badanie rentgenologiczne wykazało zmiany bocznych jam nosa. Jeden z tych przypadków badano przez kilka lat; w dwa i pół roku sprawa się uogólniła. A więc pozornie pierwotne zmiany w gruczołach szyjnych były zmianami wtórnymi, ponieważ sprawa powstała w nosie. Przypadki te mają znaczenie kliniczne, a także rozszerzają i pogłębiają nasze wiadomości o patogenezie ziarnicy złośliwej. Zdaniem autora, we wszystkich przypadkach miejscem pierwotnego schorzenia były górne części jamy nosowo-gardłowej.

Tak samo bardzo pouczający jest przypadek tej niby odosobnionej ziarnicy śledziony, przedstawiony przez S t e r n b e r g a na posiedzeniu lekarzy wiedeńskich w roku 1933. W przy-

padku tym sekcyjnie stwierdzono ziarnicę tylko śledziony i kilku przyległych gruczołów, a dopiero z historii choroby dowiedziano się, że zmarły przed dwoma laty był leczony operacyjnie z powodu jakichś wybujałości w nosie i naświetlany z powodu powiększenia gruczołów szyjnych tak, że prawdopodobnie w tym przypadku pierwotnie powstała ziarnica także w jamie nosowo-gardłowej.

W przypadku ziarnicy nerek były równocześnie powiększone gruczoły zaotrzewne i śledziona. W przypadku tym pierwotną zmianą były najprawdopodobniej zmiany w nerkach.

Odosobnioną ziarnicę sutków opisali Kükens i Jagic. W przypadku Jagica, sprawa zupełnie przypominała raka włóknistego i takie było podejrzenie kliniczne. Sprawa wystąpiła najpierw w sutku prawym, który w całości operacyjnie usunięto. Równocześnie były powiększone gruczoły pachowe po stronie prawej. W kilka miesięcy potem wystąpiły zmiany w gruczole piersiowym lewym, także z powiększeniem gruczołów pachowych. Tym razem sutka już nie usuwano, lecz naświetlano z wynikiem pomyślnym.

Tak więc na podstawie badania przypadków odosobnionej ziarnicy przychodzi się do wniosku, że zmiany w gruczołach chłonnych są najprawdopodobniej zmianami wtórnymi, a zmian pierwotnych należy szukać w przyległych narządach, co jest ważne zarówno pod względem klinicznym, jak anatomo-patologicznym. Jakkolwiek nie można zupełnie wyłączyć zmian pierwotnych w gruczołach, to jednak w przypadkach zmian w pewnych tylko grupach gruczołowych należy dokładnie zbadać sąsiednie narządy, gdyż one mogą być pierwotnym miejscem wyjścia ziarnicy.

Na podstawie badań odosobnionych przypadków ziarnicy należy przyjąć, że sprawa ziarnicza toczy się drogami chłonnymi, na podstawie zaś badań histologicznych należy stwierdzić, że przypadki odosobnionej ziarnicy są sprawą świeżą, która, jak wynika z przypadków dłużej klinicznie spostrzeganych, może się uogólnić.

Jeżeli się przyjmie, że ziarnica złośliwa jest wywołana przez przyczynę uorganizowaną, to w przypadkach ziarnicy odosobnionej należało by uważać narząd zajęty ziarnicą za miejsce pierwotnego działania tejże przyczyny lub za wrota jej pierwotnego wtargnięcia do tkanki.

Przypadki kliniczne ziarnicy złośliwej przewodu pokarmowego należy podzielić na przypadki, które można rozpoznać, to jest na przypadki spotykane w uogólnionej postaci ziarnicy i na przypadki odosobnionej ziarnicy, które klinicznie, mimo dużego postępu metod badawczych, prawie nie dają się rozpoznać.

Przypadki odosobnionej ziarnicy przewodu pokarmowego mogą dawać takie objawy, jak rak, mięsak, powodując w obrazie rentgenologicznym ubytki cienia. Skutkiem rozpadu ognisk martwiczych, czy to w jelitach, czy w żołądku, mogą występować silne krwotoki, podobne jak w przypadkach wrzodów trawiennych. Podobnie w przypadkach, w których powstają zwężenia, powstają objawy niedrożności. Przy przebiciach objawy ze strony otrzewnej nie różnią się zupełnie od objawów powstających w innych sprawach.

Niekiedy mogą powstawać charakterystyczne podwyższenia ciepłoty, podobne do ciepłoty w przypadkach uogólnionej ziarnicy. Jednakże znane są z piśmiennictwa przypadki ziarnicy przewodu pokarmowego, w których podwyższenia ciepłoty w ogóle nie było lub przypisywano je innym przyczynom.

Obraz krwi, podobnie jak w postaciach uogólnionych, nie daje niezbitych dowodów istnienia ziarnicy. W tego rodzaju przypadkach o rozpoznaniu rozstrzyga się dopiero na stole operacyjnym lub sekcyjnym.

Inaczej przedstawia się sprawa, jeżeli chodzi o przypadki, w których jest powiększona choćby tylko jedna grupa gruczołów obwodowych. Tutaj zbadanie wyciętego jednego z powiększonych gruczołów pozwala na właściwe rozpoznanie.

Piśmiennictwo

Abrikossoff A.: Virch. Arch. B. 275, 1929. — Blat P. u. A.: Acta pathol. scand. (Kopenhaga). B. 5. 1928. — Baumgarten W.: Virch. Arch. B. 290, s. 97. 1933. — Behring: Acta path. scand. (Kopenhaga). B. 5, 1928. — Bibl: Z. f. Chirurg. B. 198, 1926. — Bincer W. i Penecke R.: Pol. Gaz. Lek. T. XIII. Str. 674. — Catsaras J.: Frankfurt. Z. f. Pathol. B. 29, 1922. — Catsaras J. u. Georgontas: Virch. Arch. B. 259, 1926. — Coronini C.: Beitr. Pathol. Anatom. B. 80. 1928. — Drope: Virch. Arch. B. 77, 1927. — Dudits, Andor: Beitr. Pathol. Anatom. B. 92, s. 59, 1933. — Eberstadt: Frankf. Z. Pathol. B. 15, 1914. — Fromboese C.: Beitr. Pathol. Anatom. B. 77, s. 363, 1927. — Graff S.: Beitr. Pathol. Anatom. B. 96, s. 497, 1935. — Gödel: Ver. path. Anat. (Wien); Zbl. f. Pathol. B. 46, s. 284, 1928. — De Groot: Frankf. Zeit. f. Pathol. B. 26, 1922. — Hess L.: Wien. Klin. Woch. 1918. — Heilmann u. Hatry: Med. Klin. B. 22, 1926. — Heilmann P.: Frankfurt. Z. f. Pathol. B. 40, s. 151, 1931. — Jasselin, de Jong: Frankfurt. Z. f. Pathol. B. 31, 1925. — Kan J.: of Oriental. Med. B. 5, 1926. — Kanner: Zbl. f. Chirurg. B. 53, 1926. — Kaufmann: Lehrbuch der speziellen pathol. Anatomie. S. 181, 1922. Konjetzny: Hencke-Lubarsch, Handbuch f. pathologische Anatomie. — Kückens: Beitr. Pathol. Anatom. B. 80, 1928. — Lange: Frankfurt. Z. f. Pathol. B. 31, 1926. — Laszczka C.: Nowiny Lekarskie. Tom 46, str. 289, 1934. — Lincke J.: Zbl. f. Pathol. u. pathol. Anat. B. 68, s. 85, 1937. — Lubarsch: Berlin. klin. Wochenschr. 1918. — Mayer: Frankfurt. Z. f. Pathol. B. 8, 1911. — Mikułowski Wł.: Pol. Gaz. Lek. T. XII, str. 559, 1933. — Mittelbach M.: Zbl. f. Pathol. u. pathol. Anat. B. 55, s. 49, 1932. — Neubert: Zbltt. f. Chir. B. 31, 1926. — Nowicki W.: Virch. Arch. B. 279, s. 148, 1931. — Nowicki W.: Pol. Gaz. Lek. T. IX. str. 733, 1930. — Oglobina Z. V.: Acta scan. (Sztokholm). B. 64, s. 527, 1925. — Partsch: Virch. Arch. B. 227, 1924. — Pisarewa: Arch. klin. Chir. B. 149, 1928. — Pomperb u. Terplan: Med. klin. 1925. — Pope R.: Med. Klin. 1936. — Redis J.: Arch. of Path. B. 23, nr 6, s. 844, 1937; Zbl. f. Path. u. pathol. Anatom. B. 69, s. 123. — La Roy: Arch. Internation. Chirurg. B. 3, 1907. — Sarhage, Hedwig: Inaug. Dis. Göttingen 1933; Zbl. f. path. u. pathol. Anatom. — Steindl: Arch. klin. Chirurg. B. 130, 1924. — Sternberg C.: Verhandl. deutsch. pathol. Gesel. s. 21, 1912. — Supino L.: Pathologica B. 26 nr 509, s. 196, 1934; Zbl. f. path. u. pathol. Anatom. B. 62, s. 350, 1935. — Sussig: Dtsch. Z. f. Chirurg. B. 226, s. 344, 1930. — Terplan K.: Virch. Arch. B. 237, 1922. — Terplan u. Mittelbach: Virch. Arch. B. 271, 1929. — Terplan u. Wallesch: Med. klin. 1923. — Vassilin T.: Sang. biol. et path. B. 3, nr 3, 1929. Ref. Zbl. f. Path. u. pathol. Anatom. B. 46, s. 86, 1929. — Weinberg: Z. klin. Med. B. 85, 1917.

Dr Bernard BORNSTEIN Kraków

O leczeniu schizofrenii insuliną

Z Oddziału VI Chorób Nerwowych i Umysłowych Szpitala św. Łazarza w Krakowie
Ordynator: Prof. M. Zieliński

Dokończenie

Przedstawiając trudności leczenia, a są one, jak widać, dość liczne, nie wyczerpaliśmy jeszcze wszystkich. W toku samego leczenia wystąpić mogą powikłania, nazwijmy je powikłaniami niższego rzędu, które ujemnie mogą wpłynąć, jeżeli już nie na życie, to na stan zdrowotny chorego. W czasie zapadu przychodzi do znacznego obniżenia się ciepłoty ciała, do silnych potów i tym samym chory może być narażony na poważne przeziębienia się. Częsta zmiana bielizny, odpowiednie okrywanie chorego jest w tych wypadkach bardzo wskazane. W okresie nieprzytomności na skutek bardzo wzmożonego ślinienia przyjść może do powstawania ognisk zapalnych w płucach i jedynie odpowiednie ułożenie chorego, stale kontrolowane, warunkuje dostateczny odpływ śliny. Samo karmienie nastręczać może pewne trudności. I tak trzeba się przede wszystkim upewnić, czy sonda znajduje się na właściwym miejscu, już to przez upuszczenie treści żołądkowej, już to przez obserwowanie oddechu, w przeciwnym bowiem razie wyrządzić można wielkie szkody. Częste wprowadzanie sondy spowodować może, jak to mieliśmy sposobność zaobserwować w 2 przypadkach, przykre krwawienia z nosa. W jednym przypadku z powodu częstego karmienia sondą wystąpiło zapalenie ucha środkowego. Niejednokrotnie obserwowaliśmy zwyżkę ciepłoty w godzinach wieczornych, nie przekraczającą jednak 37,5°.

Jeżeli chodzi o przeciwwskazania co do insuliny, to musimy się kierować szeregiem czynników. Wszelkie przypadki, dotknięte już to ostrym, już to przewlekłym schorzeniem ważnych narządów nie mogą być leczone insuliną. I tak np. przy gruźliczych sprawach, przy schorzeniach nerek, przy nadciśnieniu nie stosujemy insuliny. Również daleko posunięte formy nadczynności tarczycy nie powinny być poddawane leczeniu insuliną. Mieliśmy sposobność zaobserwowania, że osoby, u których czynność tarczycy jest nieznacznie wzmożona, gorzej znoszą leczenie i wymagają szczególnej opieki, zwłaszcza uwagi na

zachowanie się układu naczyniowego. Wyrównane wady serca nie poddajemy leczeniu insuliną, wbrew zdaniu nielicznych autorów. Schorzenia mięśnia sercowego nieznacznego stopnia, przy prawidłowym EKG mogą być poddane leczeniu, jednak wymagają ściślej kontroli. Wiek osobników leczonych nie powinien przekraczać lat 40.

Zanim przystąpimy do podania wyników leczenia, osiągniętych na naszym materiale, musimy poruszyć szereg zagadnień, dotyczących samego cierpienia.

Przede wszystkim cierpienie to, które leczymy, nie jest cierpieniem jednolitym. Zdajemy sobie z tego dokładnie sprawę, że pomimo wspólnej nazwy różnice mogą być nieraz bardzo znaczne, często zależne od szeregu spraw niewiadomych. Wpływ czynnika genetycznego, sama osobowość chorego, postać cierpienia, wpływają i decydują niejednokrotnie o samym przebiegu i aczkolwiek staramy się dziś granice schizofrenii dość ostro zakreślić, to jednak niejednokrotnie spotykamy obrazy chorobowe tak nietypowe i łączące się z innymi psychozami, że ścisłe rozgraniczenie niezawsze jest możliwe. W wielu przypadkach dopiero dalszy rozwój cierpienia pozwala na ustalenie, czy objawy noszą charakter psychonerwicowy, reakcji schizofrenicznej w ujęciu Bleulera, czy też są przejawem powoli toczącego się procesu schizofrenicznego. Sam wiek, w którym cierpienie po raz pierwszy wystąpiło, posiada nierzadko wpływ na kształtowanie się cierpienia. Ponadto wiadome jest, że schizofrenia daje samoistne poprawy, że w przebiegu cierpienia, szczególnie w okresie wczesnym, może przyjść nie tylko do zatrzymania się procesu, ale do cofnięcia się wszystkich objawów tak, że nie pozostawiają żadnych śladów. W innych znowu przypadkach nie osiąga proces poprawy tak widocznej, ale przyjmuje charakter łagodny i tak mało zaznaczony, że pomimo trwania procesu chorobowego, chorzy istotnie uchodzić mogą za zdrowych. Stwierdzenie, jak często te samoistne wyleczenia występują, jest, przy ocenie wyników leczniczych insuliną, okolicznością bardzo ważną. Procent wyleczenia samoistnego jest przez różnych autorów różnie podawany. Dussik znalazł w 94 przypadkach przy półrocznym trwaniu cierpienia 20,2% wyleczeń, Schmidt 16,5% wyleczeń, a 15,5% popraw. Bumke wykazał, że w pierwszym okresie choroby przychodzi do wyleczenia 20,9%, do popraw 18,7%. Rutkowski z Wilna ocenia ilość popraw i wyleczeń na 35%.

Wprowadzając pojęcie poprawy i remisji musimy dokładnie określić, co przez te określenia rozumiemy. Ocena poprawy, jak i remisji powinna być pozbawiona czynnika podmiotowego. Musimy się starać stworzyć takie sprawdziany, które by mogły być statystycznie porównywane. Nie posiadamy tu tak, jak w innych specjalnościach przedmiotowych sprawdzianów. Leży to w naturze cierpienia, że przede wszystkim skazani jesteśmy na długą obserwację badanego, musimy się zadowolić jego zapodaniami albo zapodaniami jego otoczenia. Już tym samym ocena nie jest zupełnie ścisła i nie pozbawiona podmiotowości. Dość często trzeba by było znać dawniejszy charakter i środowisko badanego z okresu przedchorobowego, a bardzo często tego ustalić nie potrafimy. Jako sprawdzian wyleczenia nie może służyć powrót badanego do poprzednich zajęć, do wykonywania pracy zawodowej. Niewątpliwie w przypadkach tych, gdzie pozostałości chorobowe są dość znaczne, wykonywanie zawodu będzie utrudnione. Z drugiej zaś strony zdarzyć się może, że chorzy, u których ostry okres chorobowy ustąpił, wykonują zajęcia swe zupełnie poprawnie, a może nawet lepiej, niż w okresie poprzedzającym początek cierpienia, pomimo, że posiadają szereg zasadniczych cech choroby. Np. chora, która po przejściu leczenia insulinowego poprawiła się tak znacznie, że objąć mogła swoje dawne stanowisko i pracowała ku zadowoleniu przełożonych, a przez rodzinę nawet uważana była za zdrowszą, niż kiedykolwiek, w bliższej rozmowie z badającym podała, że stale słyszy głosy, które ją prześladują. Jasne więc jest, że ta chora, którą na podstawie katamnezy zaliczyliśmy do grupy całkowicie wyleczonej, należała do grupy poprawionych. Tylko w tych przypadkach, gdy nastąpiła całkowita reaktywacja życia psychicznego i pełna zdolność nawiązywania kontaktu uczuciowego z otoczeniem, bezwzględna krytyka swego stanu chorobowego i pełna zaradność życiowa, przy braku objawów zarówno ze sfery uczuciowej, jak i myślowej, mówić będziemy o remisji, o wyleczeniu. Poprawy rozpoznawać będziemy wówczas, jeżeli chory po przebyciu leczenia jest całkowicie zdolny do pracy, ale w porównaniu z okresem przedchorobowym okazuje już to pewne zmiany charakteru, już to zmiany sfery uczuciowej, gdy odczuwa pewną dysharmonię między swoją osobą a otoczeniem. Jak bardzo zatarte i niestałe są granice między pojęciem remisji a pojęciem poprawy, wynika dosadnie z przytoczonych powyżej określeń i tylko dłuższa obserwacja chorego może nas uchronić przed popełnieniem takiego błędu, który by mógł utrudnić wszelką ocenę. Wielokrotnie po opuszczeniu szpitala, po powrocie chorego do warunków domowych stan psychiczny nadal może ulegać pewnym zmianom, zarówno jako poprawa, jak i pogorszenie. Widać więc, że ocena leczenia natrafia na trudności. Dane statystyczne, oparte na małym materiale o wynikach czy to dobrych, czy to złych, posiadają małe znaczenie i tylko w tych przypadkach, gdzie suma leczonych chorych jest dość znaczna, gdzie prawdopodobieństwo popełnienia błędu, wynikającego z małych ilości przypadków jest małe, statystyka ma wartość.

Przy ocenie wyników leczniczych bardzo ważne znaczenie posiada czas trwania cierpienia. Musimy tu odróżnić przypadki świeże od przypadków długotrwałych. M. Müller zwrócił uwagę, że między leczeniem insuliną, a czasem trwania choroby istnieje bardzo ścisły związek. Im krócej trwa cierpienie, tym większe szanse wyleczenia. Przy porównywaniu wyników leczniczych, musimy podzielić cierpienie wedle jego czasu trwania. Müller stworzył tu trzy grupy: do pierwszej zalicza cierpienie, trwające mniej niż pół roku, do drugiej zalicza przypadki trwające półtora roku, a do trzeciej ponad półtora roku. Nie wszyscy jednak autorzy, podający wyniki osiągnięte insuliną, uwzględniają czas trwania. Tym samym przy ocenie popraw nie posiadamy tych samych warunków porównawczych, a wyniki mogą tu być tylko porównywane z pewnymi zastrzeżeniami. Nie będziemy na tym miejscu podawać wszystkich statystyk; ilość ich jest dość znaczna, ograniczymy się przede wszystkim do tych, które oparte są na większej liczbie przypadków. Ważną jest tu statystyka wiedeńska. Na 107 chorych, przy czasie trwania choroby do pół roku, otrzymują autorzy 78,2% wyleczeń, 17,6% popraw, tak daleko idących, że chorzy mogą powrócić do wykonywania pracy. W przypadkach trwających dłużej niż pół roku, procent popraw daleko sięgających wynosi 47,8%.

Müller w Szwajcarii zebrał materiał z 11 zakładów i otrzymał następujące wyniki:

	Czas trwania cierpienia do pół roku	Czas trwania do 1½ roku	Czas trwania ponad 1½ roku
wyleczenia:	73%	53,8%	0,5%
poprawy:	16%	82%	45%

Przypadków w powyższej statystyce było 136.

Autorzy niemieccy otrzymywali wyniki nieco gorsze, aniżeli podaje statystyka Müllera, wahające się około 60%. Küppers otrzymał w 36 przypadkach 10 wyleczeń, 15 popraw, u 11 chorych nie zauważył wpływu leczenia. W tym materiale mieszanym, składającym się przeważnie z przypadków długotrwałych, otrzymał około 54% tak daleko idących popraw, że mówi o społecznym wyleczeniu.

Autor węgierski, Pap podaje 39% popraw, przy czym jednak sprawdziany poprawy są u autora tak znaczne, że można je uważać za wyleczenia.

Statystyka japońska oparta na małym materiale, bo zaledwie 27 przypadkach, wykazuje 83% wyleczeń w przypadkach świeżych, a 47% w przypadkach starych, 2 chorych zmarło w czasie leczenia.

W Finlandii na 85 przypadków liczba przy krótkim czasie trwania cierpienia wynosi 70%.

Isabel G. H. Wilson w oficjalnym doniesieniu zaleca leczenie insuliną jako zasługujące na stosowanie.

Statystyka jugosłowiańska na podstawie 83 przypadków otrzymuje następujące wyniki: 70% wyleczeń w przypadkach świeżych, w przypadkach starych 27,7%.

Przytoczone wyniki, jak widać, świadczą o korzystnym działaniu insuliny i stwierdzają zgodnie, że najlepsze poprawy otrzymuje się w pierwszym półroczu trwania choroby, a w miarę długości cierpienia widoki znacznie się pogarszają. Najlepszy odsetek popraw podaje Wiedeń i Szwajcaria.

Istnieje jednak szereg autorów, których wyniki nie są takie dobre. Nie możemy uwzględnić wyników Langfelda z Kliniki w Oslo, ponieważ materiał opiera się zaledwie na 8 przypadkach, gdzie autor żadnych wyników nie osiągnął. Do grupy wyników niekorzystnych musimy zaliczyć wyniki kliniki wileńskiej. Klinika wileńska za czasów prof. Rosego, jedna z pierwszych, rozpoczęła leczenie insuliną i położyła bardzo wielkie zasługi w rozbudowaniu metody, przeprowadzając cały szereg zasadniczych badań. Materiał oparty na 120 chorych, podzielony na czas trwania do roku i ponad rok, dał następujące wyniki lecznicze: w grupie pierwszej otrzymali autorzy do 37,5% popraw łącznie z wyleczeniami, w grupie drugiej, trwającej ponad rok, zaledwie 9% popraw i wyleczeń.

Klinika wileńska, opierając się na swojej statystyce odnosi się dość krytycznie do leczenia insuliną, podkreślając, że wedle ich statystyki **35%** przypadków świeżych poprawia się samoistnie. Jeżeli się teraz zastanowimy, dlaczego wyniki kliniki wileńskiej odbiegają tak znacznie od wyników innych klinik, to musimy uwzględnić to, co podnoszą inni autorzy, a w szczególności Dussik i Frostig, że ilość zapadów, przeprowadzana na klinice wileńskiej była mała, a także, że ilość godzin niedocukrzenia nie odpowiadała tej ilości godzin, jaką stosowano za granicą. Ilość zapadów, stosowana w Wilnie, wahała się około 25, podczas gdy ilość zapadów stosowanych za granicą około 50. Mimo nienajlepszych wyników, szkoła wileńska stosuje nadal leczenie insuliną, rezerwując je przede wszystkim dla przypadków świeżych.

Jak wygląda statystyka leczenia insuliną w Polsce?

Opieramy się tu na statystyce F. Berezowskiego, obejmującej chorych z 15. ośrodków leczniczych w liczbie 508 chorych do maja 1937 r.

Na 231 chorych, przy czasie trwania choroby do roku, było wyleczeń 33,3%, popraw 33,3%.

Na 277 chorych, chorujących ponad rok, wyleczeń było 3,6%, popraw 22%.

Jak więc widać, wyniki nasze są znacznie gorsze, zarówno w przypadkach świeżych, jak i długotrwałych od przypadków wiedeńskich i szwajcarskich i to zarówno co do wyleczeń jak i popraw.

Gdzie tkwi przyczyna?

Statystyka Berezowskiego daje nam na to do pewnego stopnia odpowiedź.

Materiał w Polsce nie był leczony jednolicie, bo jak ze statystyki poniżej przytoczonej wynika, na ogólną ilość 508 chorych leczonych było:

	Ilość chorych	%	Wyniki świeżo	Wyniki chronicznie
Metodą wileńską	268	52,7	**22,7%**	**0,63%**
Metodą Sakla	69	13,6	**23,5%**	**2,8%**
Metodą dużej ilości zapadów	171	33,66	**50,5%**	**9,5%**

Widać więc dobitnie, że ilość zapadów posiada ważne znaczenie lecznicze.

Jeżeli teraz sumarycznie ocenimy wyniki, osiągnięte metodą insulinową, z wyłączeniem wyników szkoły wileńskiej, to w przypadkach świeżych przy czasie trwania cierpienia do pół roku, wyleczenia należy się spodziewać między 70 a 80%, w przypadkach starszych, do półtora roku trwających, wyleczenia dochodzą do 45%, natomiast w przypadkach przewlekłych, trwających powyżej 2 lata, ilość wyleczeń jest znikoma, do 1%.

Wedle różnych statystyk, ilość nawrotów waha się w przypadkach wyleczonych między 5 a 7%. Procent śmiertelności przy leczeniu insuliną wynosi wedle statystyki Berezowskiego w Polsce 0,97%, w Szwajcarii 0,8%, we Wiedniu 1,8%. O ile jednak zdołaliśmy ustalić, opierając się na jeszcze nieogłoszonych, większych statystykach, procent ten podniósł się do 2%. Jako przyczyny zgonu ustalono zapalenia płuc, sklerozę naczyń wieńcowych, obrzęk mózgu i dwukrotnie wybroczyny i ogniska martwicze w obrębie trzustki. Jak widać, pomimo ciężkości metody i pomimo trudności leczniczych, procent śmiertelności, uwzględniając ciężkość samego cierpienia, jest mały i w żadnym wypadku nie powinien wpłynąć na zaniechanie leczenia insuliną. Żadna z dotychczas stosowanych metod nie dawała takich wyników, ani też samoistne wyleczenia nie występowały tak często.

Przy ocenie działania insuliny jako czynnika leczniczego musimy, poza danymi statystycznymi, niewątpliwie bardzo ważnymi, uwzględnić sam mechanizm poprawy. Musimy stwierdzić, że nawet w tych przypadkach, w których pod koniec leczenia nie osiągnęliśmy żadnej poprawy w czasie samego leczenia, stwierdzaliśmy już to przejściowo, już to przez okres kilku do kilkunastu dni, pewne zmiany, świadczące o działaniu insuliny. Chorzy od lat zahamowani, zupełnie niedostępni, żyjący w świecie swoich urojeń, zmieniali się, stawali się wolniejsi, żywsi, mniej opanowani przez istniejące objawy chorobowe. Odnosiło się wrażenie, jakby omamy i urojenia mniej były sprzężone z osobowością chorego. Życie uczuciowe było wtedy mniej przytępione. W tych przypadkach, w których wynik leczenia był dobry, można było spostrzec, jak w miarę leczenia następowało pewne odpadanie objawów chorobowych. Samopoczucie chorych było lepsze. Kontakt z otoczeniem żywszy. Zainteresowanie dla zjawisk życia szpitalnego budziło się z początku na kilka godzin, a z czasem na coraz dłuższy okres czasu. Sztywność uczuciowa zmniejszała się, chorzy szukali kontaktu z lekarzem, mieli potrzebę rozmowy, zastanawiali się wielokrotnie nad swymi urojeniami i omamami, wykazując już nieraz w tym okresie pewien realny stosunek do swego stanu chorobowego. Dziwactwa zmniejszały się, poprawiał się sen, poprawiało się łaknienie. Najdłużej utrzymywały się jeszcze urojenia. Były to jak gdyby wyspy życia chorobowego, otoczone jednak budzącą się zdrową osobowością. Mogliśmy niejednokrotnie zauważyć, jak przerwy w leczeniu pogarszały stan chorobowy, szczególnie często można to było stwierdzić w zespołach paranoidalnych, gdzie pewne już zwalczone urojenia ponownie się odzywały. W miarę postępów leczenia rozluźniał się i zanikał obraz chorobowy, a kształtowała się zdrowa i nowa osobowość. Przy ocenie działania insuliny musimy też uwzględnić ustosunkowanie się chorego do samego leczenia. Przeważnie był to stosunek życzliwy. Ci sami chorzy, którzy z początku leczenia stawiali opór, w miarę postępowania poprawy przybierali coraz życzliwsze stanowisko. Mogliśmy się spotkać z tego rodzaju powiedzeniami: „Leczenie jest wprawdzie bardzo przykre, szczególnie okres zasypiania, jednak po każdym zapadzie jest lepiej". Dość charakterystyczny był stosunek chorych po ukończeniu leczenia, w okresie wyzdrowienia. Prawie u wszystkich można było stwierdzić pewien napływ energii życiowej, pogodę umysłu, czasami nawet lekką euforię, mąconą obawą, czy cierpienie nie wróci. Wygląd fizyczny poprawiał się prawie zawsze i to nawet w tych przypadkach, gdzie poprawy psychicznej nie było. W licznych przypadkach waga ciała podnosiła się nawet do 15 kg. U chorych z podnieceniem katatonicznym, o których wiemy, że wyleczenie zupełne natrafia na znaczne trudności, występowało nierzadko po leczeniu pewne uspokojenie ruchowe, pomimo trwania innych objawów chorobowych.

Na Oddziale VI. Szpitala św. Łazarza w Krakowie rozpoczęliśmy leczenie insuliną w marcu 1936 r. i do marca 1938 r. ukończyliśmy leczenie u **100** chorych, w tym 66 kobiet, 34 mężczyzn. Do leczenia insuliną zgłosiło się 112 chorych, z których część leczenia nie ukończyła lub też na skutek przeciwwskazań leczenie przerwano wcześniej. Dwukrotnie przerwano leczenie z powodu wystąpienia objawów osłabienia mięśnia sercowego, raz z powodu płonicy, raz z powodu sprawy gruźliczej. Na początku natrafialiśmy na szereg trudności, uwarunkowanych brakiem odpowiedniego personelu, brakiem lekarzy i odpowiedniej organizacji. W miarę leczenia potrafiliśmy trudności te, przynajmniej do pewnego stopnia, usunąć. Od chwili wprowadzenia insuliny, prawie stale czeka na Oddziale pewna ilość chorych, u których leczenie nie może być odrazu przeprowadzone z braku odpowiednich warunków. Chorzy ci nieraz dopiero po miesiącu rozpoczynają leczenie. Staraliśmy się, jeżeli to tylko było możliwe, nie odstępować od przepisów, wskazanych przez innych autorów, lecz trzymać się ich ściśle. Pomimo wszystko musieliśmy wprowadzić pewne zmiany, a mianowicie, stosujemy insulinę co drugi dzień i dość często w dwóch fazach: w przypadkach tych, w których widoczna poprawa po 15 zapadach nie nastąpiła, wprowadzamy dwutygodniową przerwę. Do wprowadzenia tych odchyleń zmusiły nas warunki miejscowe, wynikające z braku miejsca i niejednokrotnie z braku służby, odpowiednio wykwalifikowanej. Chcąc równocześnie przeprowadzać leczenie u chorych zgłaszających się, musielibyśmy nieraz leczyć 14—15 chorych na raz. Ilość chorych, jaką równocześnie leczymy, tak po stronie męskiej, jak i kobiecej, waha się po każdej stronie między 6—8. Poza tymi odchyleniami, staraliśmy się postępować w myśl na początku przytoczonych zasad.

U 34 chorych przeprowadzaliśmy dokładne badania cukru, badając w odstępach czasu co pół godziny. U 28 chorych przeprowadziliśmy dokładne badania krwi w okresach co pół godziny albo co godzinę. U każdego chorego mierzono ciepłotę, ciśnienie i tętno w myśl ustalonych dzisiaj zasad. U 4 chorych przeprowadzono badanie EKG.

Stosowaliśmy stale insulinę Organon zawierającą w 5 cm^3 400 jednostek. Dawka zapaściowa wahała się w naszych przypadkach w dość szerokich granicach. W jednym przypadku, już po 24 jednostkach wystąpił ciężki zapad połączony z silnie rozwiniętym stanem drgawkowym. Cukier we krwi obniżył się z 96 na 44 mg, a po następnej godzinie na 32 mg. Przypadek dotyczył chorej, cierpiącej od szeregu lat na urojenia prześladowcze. Wspomnianą powyżej dawką mogliśmy wywołać z rzędu 14 zapadów. Przy 15 zastrzyku zapad nie wystąpił, dawkę musieliśmy podnieść do 40 jednostek. Najwyższa dawka insuliny, przez nas podana, wynosiła 282 jednostek, zapad, jaki po tej dawce wystąpił nie był silny, uwidaczniał się tylko daleko posuniętym stanem zaburzenia świadomości, silnymi potami, a słabo rozwiniętym zespołem ruchowym.

Przypadek dotyczył osobnika ze stanem zahamowania katatonicznego, u którego cukier we krwi na czczo badany, wahał się między 76 a 84 mg %. Najczęstsze dawki, które wywzwalały

zapady, wahały się w dwóch granicach. Jedna od 90 do 120, druga od 140 do 170. 12 chorych zareagowało na dawkę 120, ośmiu na dawkę 86, 16 na 140, jedenastu na 170. Ilość zapadów, jaką u każdego z chorych przeprowadzaliśmy, nie była ilością stałą. W samych początkach leczenia insuliną zadawalnialiśmy się małą ilością zapadów, nie przekraczających liczby 25. Wyniki lecznicze tego okresu nie były zupełnie zadawalające. Niewątpliwie też i dlatego, że przypadki wówczas leczone dotyczyły chorych, u których cierpienie trwało szereg lat, tak np. u jednego 7 lat, a u trzech następnych od 2 do 5 lat. Szybko przeszliśmy na przeprowadzanie dużych ilości zapadów. Przeciętna ilość zapadów, jaką chorzy przechodzili, wynosiła **40.** U szeregu jednak chorych dochodziliśmy do liczby **55.** Szczególną uwagę zwróciliśmy na zależność, jaka zachodzi między samym wynikiem leczenia, a ilością stosowanych zapadów. Nie możemy z całą stanowczością stwierdzić, jakoby duża ilość zapadów w każdym wypadku była konieczną. Posiadamy w naszym materiale sporą ilość przypadków, gdzie już po kilku zapadach, od 5 do 7, stan psychiczny chorych ulegał tak daleko idącej poprawie, że dalsze leczenie, nadal prowadzone, nie przynosiło już widocznej zmiany. Raz ustalony stopień poprawy był jakby oporny na dalsze leczenie i nierzadko nawet mogliśmy nawet zaobserwować, że chorzy leczenie źle znosili, a w szczególności byli wobec niego negatywnie nastawieni. Poza tym była duża grupa chorych, i to obejmująca zarówno przypadki świeże, jak i stare, gdzie dla uzyskania wyleczenia, czy poprawy, konieczne było przeprowadzenie dużej ilości zapadów. Mogliśmy niejednokrotnie zauważyć, że przekroczyliśmy już połowę zwykle stosowanej przez nas liczby zapadów, a stan chorobowy zupełnie się nie poprawiał. W miarę dalszego leczenia, od pewnej chwili, prawie nagle, wystąpiła poprawa, która z dnia na dzień stawała się wyraźniejszą. Mimo dość dokładnych obserwacyj nie potrafimy, jak dotąd, podać, które przypadki wymagają stosowania dużej ilości zapadów. Możemy tylko stwierdzić, że wskazania nie tkwią w obrazie chorobowym, gdyż w obu grupach, tj. w grupie poprawiających się po małych ilościach, jak i w grupie poprawiających się po dużych ilościach napotykaliśmy prawie w tej samej ilości zarówno obrazy paranoidalne, jak i katatoniczne. Ponadto posiadamy w naszym materiale przypadki, które poprawiały się jeszcze w okresie, w którym zapadów nie było, a działanie insuliny uwidaczniało się tylko w występowaniu lekkich objawów niedocukrzenia do granicy stanu zamroczenia. Ilość tych przypadków nie jest wprawdzie znaczna, niemniej należy i to podkreślić. W piśmiennictwie żywo dyskutowane jest dziś zagadnienie, który okres stanu niedocukrzenia posiada znaczenie lecznicze. Jedni np. uważają stan prekomatyczny, drudzy natomiast widzą czynnik leczniczy w ciężkim zapadzie. Z naszego materiału nie potrafimy wysnuć pewnych wniosków, bo jak powyżej wspomniano, poprawy występowały tak w jednej, jak i w drugiej grupie, częściej jednak u chorych, którzy przeszli pełne zapady. Stwierdzić możemy natomiast, że wystąpienie ataków padaczkowych, którym autorzy niektórzy przypisują ważne działanie lecznicze, w naszych przypadkach dodatnio na sam proces leczenia nie wpłynęły. Pośród 12 przypadków z częstymi atakami padaczkowymi, z tego u 9 chorych o czasie trwania cierpienia ponad $1^1/_2$ roku, a u 3 o czasie trwania cierpienia do roku, nie stwierdziliśmy żadnej poprawy. W jednym przypadku chora prawie że w każdym zapadzie miała typowy atak padaczkowy, który zjawiał się nawet w 5 godzin po przerwaniu zapadu. I właśnie ta chora pod koniec leczenia wykazała raczej pogorszenie stanu psychicznego. W 3 przypadkach ponowiliśmy leczenie po upływie 4 do 6 miesięcy, nie uzyskawszy i tym razem żadnej poprawy. Leczenie rozpoczynaliśmy zawsze od dawek małych, podnosząc je stopniowo, najwyżej o 10 jednostek. Mogliśmy zaobserwować, że podanie nagle większej dawki, poza niebezpieczeństwem ciężkiego zapadu, nie rzadko powoduje zaostrzenie stanu psychicznego. Z chwilą pojawienia się pierwszych objawów niedocukrzenia, staraliśmy się utrzymać chorego w tym stanie przez okres co najmniej 1 godziny, jeżeli wcześniej nie zjawiły się wskazania do przerwania. Dawka zapadowa raz osiągnięta mogła być często wydatnie obniżona. U szeregu chorych w trakcie leczenia występowało uczulenie, zezwalające na obniżenie dawki. Skłonnością naszą było wyzwalać zapad dawką najniższą, i tak np. udało się nam niejednokrotnie przejść z dawki 120 jednostek na 80 jednostek. Zachodzi konieczność ustalenia, co rozumiemy pod pojęciem zapadu. Pojęcie to jest często niejednolicie opisywane. Ten stan nazywaliśmy zapadem, gdzie stwierdziliśmy już to daleko posunięty stan zamroczenia, graniczący ze stanem nieprzytomności, gdzie chory na często ponawiane bodźce zewnętrzne nie działał, już to w tych przypadkach, gdzie świadomość nie była wprawdzie tak daleko zamącona, natomiast objawy ze sfery ruchowej były silnie zaznaczone, już to w postaci długo utrzymujących się stanów skurczowych lub zrywań. Samo wystąpienie odruchów patologicznych nie może być uznane, jako cecha zapadu, ponieważ odruchy patologiczne, np. objaw Babińskiego, zjawia się dość często już w okresie poprzedzającym zapad, a trwać może jeszcze po przerwaniu zapadu. W stanie zapadu znajdował się chory nie zawsze przez niejednaki okres czasu, kierowaliśmy się przede wszystkim całokształtem objawów klinicznych. Niejednokrotnie już po okresie 15 minut musieliśmy zapad przerwać, innym zaś razem mogliśmy zapad przedłużyć ponad godzinę. Sztywne trzymanie się jakiegokolwiek schematu jest niemożliwe. Budziliśmy chorych już to przez podawanie glukozy dożylnie, już to wlewając przez zgłębnik dobrze słodzone napoje. W ogóle jednak staraliśmy się posługiwać ostatnim sposobem. W pewnych przypadkach z karmienia sondą musieliśmy zrezygnować, ponieważ już samo wprowadzenie sondy wyzwalało wymioty. W przypadkach, gdy bardzo nam zależało na szybkim przerwaniu zapadu, podawaliśmy obok glukozy adrenalinę podskórnie. Chorzy leczeni insuliną byli od chwili podania zastrzyku, aż do późnego wieczora tegoż dnia bacznie obserwowani. Lekarz stale był w pobliżu, a od chwili wystąpienia pierwszych objawów niedocukrzenia nie mógł opuszczać sali. Służba była odpowiednio wyszkolona i miała za obowiązek donosić o wszelkich objawach. Z uwagi na możliwość wystąpienia zapadu po przebudzeniu zwracano uwagę na chorych w czasie godzin wieczornych. Kilkakrotnie w godzinach nocnych wystąpiły dość ciężkie objawy wymagające natychmiastowej pomocy lekarskiej. W kilku przypadkach stwierdzaliśmy w godzinach wieczornych podniesienie się ciepłoty ciała, dochodzące do 37,5°. Jeżeli ciepłota utrzymywała się jeszcze następnego dnia, to stanowiło to przeciwwskazanie do podawania insuliny, aż do chwili całkowitego powrotu do normy.

Materiał nasz obejmuje **100 chorych.** W tym **43**, u których cierpienie nie trwało dłużej nad pół roku, **29** chorowało do półtora roku, a **28** ponad półtora roku. W tej ostatniej grupie znajdują się chorzy, u których cierpienie trwa już nawet 7 lat.

Przypadki świeże, poddane leczeniu insuliną wykazywały obraz zupełnie dla schizofrenii typowy, gdy istniały trudności rozpoznawcze, wyłączaliśmy chorych z leczenia.

Wśród materiału chorych, chorujących do pół roku, było **15** o zespole paranoidalnym, **7** okazywało stan zahamowania katatonicznego, **9** podniecenie katatoniczne, **4** cechy hebefreniczne, **5** obrazy mieszane. U **3** rozpoznano *schizophrenia simplex.*

W grupie *pierwszej* obejmującej *43 chorych, 26, tj. 60,5% odzyskało pełne zdrowie, 12, tj. 27,9% uległo tak znacznej poprawie,* że pomimo istnienia pewnych cech chorobowych, powrót do pracy nie natrafiał na żadne trudności. *Pięciu chorych, tj. 11,6% nie poprawiło się zupełnie.* Wśród tych pięciu uległ nawet jeden pewnemu pogorszeniu. Najlepsze poprawy osiągnięto w przypadkach paranoidalnych, stany podniecenia i stany stuporu dawały już gorsze wyniki, a najgorsze w przypadkach *schizophrenia simplex.*

W *drugiej* grupie chorych, *liczącej 29 chorych, 12, tj. 41,3% powróciło do zdrowia, 10, tj. 34,5% poprawiło się znacznie, 7, tj. 24,2% pozostało bez zmian.* I w tej grupie obrazy paranoidalne dawały najlepsze wyniki.

W grupie *trzeciej jeden chory, tj. 3,5%* powrócił do zdrowia, *6, tj. 21,4% poprawiło się, 21, tj. 75,03% nie poprawiło* się wcale.

Wyniki powyżej podane opierają się zarówno na osobistym badaniu chorych w chwili opuszczenia szpitala, jak i na katamnezach otrzymanych od chorych. Szereg chorych mógł być ponownie badany po upływie roku. W czterech przypadkach losy chorych nie dały się ustalić i chorzy zostali zaliczeni do tej grupy popraw, w jakiej znajdowali się w chwili opuszczenia szpitala. Z przytoczonych powyżej danych widać, że najlepsze wyniki osiągnięto w grupie pierwszej, tak pod względem wyleczenia, jak i pod względem poprawy, najgorsze natomiast w grupie trzeciej. Jedno wyleczenie, notowane w grupie trzeciej musi być bardzo ostrożnie ocenione. Chodzi bowiem o chorego, u którego proces schizofreniczny występuje okresowo, dając pomiędzy okresami chorobowymi zupełny stan zdrowia. Nie możemy więc odrzucić przypuszczenia, że i w tym przypadku powrót do zdrowia nastąpiłby i bez leczenia insuliną. Na karb leczenia insuliną możemy jedynie położyć czas trwania ostatniego okresu chorobowego, który dwukrotnie trwał 6 miesięcy a ostatnio po 3 miesiącach ustąpił.

Resumując nasze wyniki stwierdzamy, że są one gorsze od wyników szwajcarskich i wiedeńskich, również gorsze od wyników, jakie podał Frostig, natomiast lepsze aniżeli wyniki Kliniki wileńskiej. Pośród 100 przypadków mieliśmy *jeden*

przypadek zgonu. Dotyczy on 26-letniej osoby, dziedzicznie chorobami umysłowymi nie obarczonej, która po kilkutygodniowym trwaniu podniecenia ruchowego z szeregiem dziwactw i urojeń prześladowczych popadła w stan stuporu. W stanie tym przebywała przez okres 6 miesięcy. Przez cały ten czas była sztucznie karmiona, leżała z przymkniętymi oczyma, nie odpowiadając zupełnie na pytania. Pomimo stałego karmienia wystąpił znaczny ubytek wagi ciała. U tej chorej na życzenie rodziny rozpoczęto leczenie insuliną. Badanie internistyczne nie dało przeciwwskazań. Pierwszy zastrzyk 25 jednostek zniosła zupełnie dobrze, a nawet w 2 godz. po zastrzyku była nieco żywszą. Przy drugiej iniekcji w dawce 30 jednostek, po upływie godziny chora blada, na żadne bodźce nie reaguje. Szybko podano sondą cukier, który chora jednak zwymiotowała. Podano cukier dożylnie w ilości 60 cm³ 40% glukozy, tętno poprawia się, wygląd nieco lepszy, utrzymuje się jedynie sinica warg. Przez okres następnych godzin wyraźne objawy osłabienia krążenia przy ciepłocie 37,4°. Chora dostaje w krótkich odstępach czasu środki nasercowe, pod wieczór ciepłota podnosi się, tętno dochodzi do 120, w obrębie lewej strony klatki piersiowej stwierdza się ograniczone rzężenia dźwięczne. Następnego dnia chora zmarła. Badanie pośmiertne wykazało: zwyrodnienie mięśnia sercowego miernego stopnia, w obu dolnych płatach płuc rozlane ogniska zapalne. Przypadek zgonu wystąpił w pierwszym okresie stosowania insuliny, kiedy doświadczenie nasze było jeszcze małe, dziś, oceniając retrospektywnie ówczesny stan chorej, postąpilibyśmy inaczej. Uwzględnilibyśmy przede wszystkim daleko posunięty stan niedożywienia chorej, jak i chwiejność układu naczyniowo-ruchowego, tak często napotykaną w stanach katatonicznych. Wydaje się nam również, że dawka 25 jednostek, jako dawka początkowa, była w tym przypadku za wysoką. Poza wspomnianym przypadkiem poważniejszych powikłań nie było, a te, które się zdarzyły mogły być szybko opanowane. U jednego chorego w czasie leczenia wystąpiła żółtaczka, która po odstawieniu insuliny w krótkim czasie ustąpiła.

Przy ocenie wyników uwzględniliśmy również stopień obciążenia dziedzicznego. Udało się nam stwierdzić, że w przeważającej ilości przypadków, w których mogliśmy wykazać obciążenie, wyniki leczenia były gorsze i to niezależnie od czasu trwania cierpienia, jak i postaci chorobowej. Śledząc mechanizm powrotu do zdrowia w przebiegu leczenia insuliną, dochodzi się do przekonania, że mechanizm ten jest inny, aniżeli w przypadkach samoistnie się poprawiających. Poprawa następuje tu przeważnie w postaci etapów. Z dnia na dzień odrywa się pewna warstwa chorobowa, przy równoczesnym kształtowaniu się nowej osobowości. Budzi się przede wszystkim nowe życie uczuciowe, zjawia się krytyka względem własnej osoby, a istniejące jeszcze i najdłużej się utrzymujące omamy nie wykazują tak wielkiego wpływu na całokształt życia. Następuje okres, gdzie psychoterapia, w szerszym tego słowa znaczeniu może być stosowana. Ujawniają się kompleksy ukryte, dostępne analizie. Przerwy w leczeniu powodują niejednokrotnie nawroty i zaostrzanie się objawów.

Podamy poniżej historię choroby trzech chorych, aby tą drogą uplastycznić rozwój poprawy.

Przypadek pierwszy dotyczy 25-letniego słuchacza prawa, który zachorował wśród zupełnego zdrowia, zmienił się, twierdził, że go śledzą i chcą okraść. Na rynku rozebrał się, szukał pomocy u posterunkowego prosząc, by się nim zajął, ponieważ obcy ludzie ścigają go. Wedle podania rodziny, dotąd zupełnie zdrów, sypiał jedynie gorzej, nie zdradzając zresztą żadnych objawów choroby. W chwili przyjęcia zahamowany, wystraszony, niezorientowany, opowiada o dziwnych rzeczach, jakie mu się zdarzyły. Wszystko jest, jakby przebrane, sam siebie nie poznaje, słyszy ostrzegające go głosy, chcą go otruć, bo ma dziwne uczucie w ustach. Nie sypia, źle jada. Przez okres 10 dni chory w stanie stuporu, leży bez ruchu, zanieczyszcza się, nie przyjmuje pokarmów. W tym okresie rozpoczęto leczenie insuliną. Do trzeciego zapadu stan osłupienia utrzymuje się bez zmian. Po trzecim zapadzie chory ożywia się nieznacznie i prosi sam o jedzenie. Wkrótce potem zapada w stupor. Po piątym zapadzie chory ruchliwy, euforyczny, zmanierowany, chwilami wzmożone samopoczucie. W sposób drobiazgowy podaje szczegóły początku swego cierpienia, „to wszystko musiało być jakby zaćmienie umysłu". Nie uważa się za ciężko chorego, ale coś mu jeszcze brakuje. „O pewnych rzeczach potrafię tylko myśleć w tym okresie, kiedy mam zasnąć (po zastrzyku insuliny), przypominam sobie różne rzeczy, o których nie potrafiłbym kiedy indziej nic powiedzieć". Ten okres dobrego kontaktu z otoczeniem trwa dwie godziny po zapadzie, po czym chory znów się zmienia, zamyka się w sobie i nie odpowiada. W miarę stosowania zapadów, przedłuża się czas trwania poprawy, dochodząc nawet do sześciu godzin. W czasie tym jest krytyczny i lekko hipomaniakalny. Od 34 zapadu chory nie zdradza żadnych urojeń, jedynie wieczorami występuje lekki stan przygnębienia. Po 45 zapadach czuje się zupełnie zdrów, chce wracać do pracy, a o swoim cierpieniu opowiada: „istota cierpienia polegała na tym, że miałem urojenia". „Byłem chory, widziałem ognie, zdawało mi się, że się pali, bałem się do tego stopnia, że z rodzicami mówić nie chciałem, nie jadłem, bo się bałem, że będę otruty. Gdy inni czytali gazetę miałem wrażenie, że czytają historię mego życia, gdy w szpitalu trzepano koce myślałem, że dla mnie przygotowuje się szubienicę, wszystko na mnie czyhało. Dziś wiem, że to była choroba". W czasie leczenia chory przybrał 12 kg na wadze. Ostatnia wiadomość o stanie zdrowia chorego pochodzi z miesiąca maja 1938 r., tj. dwa lata po opuszczeniu szpitala, chory pracuje, czuje się zupełnie zdrów.

W przypadku drugim mechanizm powrotu do zdrowia kształtował się nieco odmiennie. W czasie powoli postępującej poprawy, rozwinął się stan, w którym chory zwalczał swoje urojenia i rzeczowo im się przeciwstawiał. Była jakby świadoma walka z czymś, co chorego gnębiło, co mu było narzucone. Można było śledzić, jak w różnych okresach poprawy przeważały już to objawy chorobowe, już to krytyka chorego. Chodzi o 24-letniego słuchacza teologii, dziedzicznie nie obciążonego, który na rok przed wybuchem choroby umysłowej leczył się z powodu wyczerpania nerwowego, podając cały szereg dolegliwości cielesnych. Cierpiał na bóle głowy, brak snu i niechęć do pracy. Niezupełnie jeszcze zdrów, postanowił kontynuować swoje studia, pracował kilka miesięcy, składał nawet egzamina z dobrym postępem, ale równocześnie stał się nietowarzyski, zgryźliwy, zarzucał swemu otoczeniu, że wystawia go na „ważne próby". Miał wrażenie, że koledzy go śledzą, wpływają na niego, lekceważą go, nie mógł spać, przestał pracować. W okresie przyjęcia na Oddział był zorientowany, przekorny, twierdził uporczywie, że jest zdrów, że pomieszanie pojęć, jakie sam odczuwa nie jest jeszcze cierpieniem, lecz wynikiem działania na niego innych osób. Podawał, że odczuwa w sobie pewne odruchy, które mają na celu obronić go przed wpływami innych. Chwilami nie może połykać, bo coś mu działa na gardło. Wieczorami słyszy głosy, przy czym odczuwa przykre myśli, co do których pochodzenia nie potrafi się wypowiedzieć. Miewał omamy wzrokowe, raz wpadł do pokoju czarny pies, odmienny od psów dotychczas przez niego widzianych, prawdopodobnie symbol diabła lub też oznaka zbliżającego się nieszczęścia. Wobec lekarzy nieżyczliwie usposobiony, ironiczny i podejrzliwy. Do czasu dwunastego zapadu nie widać u chorego żadnej poprawy, może nawet raczej pewne pogorszenie, przejawiające się apatią, rezygnacją i negatywizmem. Po 12 zapadach stan psychiczny chorego ulega zmianie, chory zwraca się do lekarza z zapytaniem czy lekarz wierzy w jego urojenia, wylicza cały szereg urojeń prześladowczych i w rozmowie z lekarzem stara się znaleźć już to potwierdzenie, już to zaprzeczenie. Prawie każdego dnia analizuje swoje urojenia i wielokrotnie oświadcza: „przecież to tak być nie mogło, ja się myliłem, mówiąc, że dawali mi złe jedzenie w konwikcie, widziałem, że inni jedli to, czego ja jeść nie chciałem". W podobny sposób przechodzi jedno urojenie za drugim i po długich zmaganiach z okresami niepewności dochodzi jednak do wniosku, że to wszystko były chorobliwe przeżycia. Chory ten po przejściu 40 zapadów zupełnie wyzdrowiał, a od czasu opuszczenia szpitala upłynął okres jednego roku. Chory dotąd jest zdrów.

Przypadek trzeci dotyczy 25-letniej osoby, która wśród zupełnego zdrowia zmieniła się, stała się dziwaczną, mówiła od rzeczy, zdradzając cały szereg urojeń natury religijnej, mówiła, że opętał ją szatan, że przypadło jej w udziale prawdziwe poznanie Boga. Wobec otoczenia agresywna, krzykliwa. W okresie przyjęcia na Oddział chora znajduje się w stanie silnego podniecenia psycho-ruchowego, krzyczy, bije, biega, niepokojąc cały Oddział. Jest rozkojarzona, dziwaczna, mowa formalnie zmieniona, stwarza zupełnie nowe, dla otoczenia niezrozumiałe wyrazy. Przez okres pięciu miesięcy utrzymuje się stan podniecenia z szeregiem dziwactw i urojeń. Prawie stale halucynuje, goni ją stado diabłów, które chce ją potargać. Nocami nie sypia. U tej chorej po dwóch ciężkich wstrząsach obraz choroby widocznie się zmienia, chora uspokaja się tak dalece, że może być przeniesiona na Oddział spokojny, urojenia i omamy utrzymują się jednak nadal. Po 28 zapadach chora nie zdradza żadnych objawów chorobowych. O sobie mówi, co następuje: „Jestem w rozmowach logiczniejsza, myślę jaśniej. Po każdym wstrząsie insulinowym czuję, że potrafię skupić myśli, zdawało mi się, że jestem świętą, bałam się, bo widziałam, jak gady koło mnie pełzają, dlatego biłam i uciekałam, dziś wiem dobrze,

że to były urojenia, o których już nie chcę myśleć". Chora po opuszczeniu szpitala zdała egzamin i pracuje, jako pielęgniarka w sanatorium, czuje się zupełnie dobrze. Ostatnia wiadomość pochodzi z końca marca br., tj. 16 miesięcy od chwili opuszczenia szpitala.

Moglibyśmy przytoczyć szereg innych przypadków, gdzie poprawa w podobny sposób się rozwijała. Wśród chorych naszych mamy przypadki, gdzie w chwili opuszczenia szpitala poprawa jeszcze nie była całkowita i nastąpiła dopiero w warunkach domowych. W 4 przypadkach poprawa miernego stopnia, osiągnięta tuż po leczeniu, w warunkach domowych nie posunęła się naprzód, niemniej jednak chorzy ci w porównaniu z okresem chorobowym znajdują się w stanie znacznej poprawy.

Przedstawiliśmy wyniki lecznicze. Zdajemy sobie sprawę, że materiał nasz jest liczbowo mały i jakościowo niejednolity, że czas obserwacji za krótki, by móc wysnuć pewne i nie podlegające dyskusji wnioski. Będzie rzeczą ważną przekonać się, czy wyniki potrafią się utrzymać. Przyszłość wykaże, czy chorzy leczeni insuliną, metodą wyzwalającą głębokie przemiany, nie poniosą szkody w dalszym swoim życiu, a w szczególności, czy układ naczyniowy, tak bardzo samym leczeniem nadwerężony, nie ucierpiał. Może najsłabszą stroną całego leczenia insuliną jest brak uzasadnienia, czemu właśnie insulina ma działać leczniczo. Na tak podstawowe pytanie pewnej odpowiedzi dać nie możemy, a uciec się musimy do szeregu hipotez. Nie wiemy, czy działanie lecznicze insuliny związane jest z jej właściwościami hormonalnymi, czy też właściwościami powodującymi tylko daleko posunięte zaburzenia w stanie świadomości, czy działa tu ciało przez wyzwalanie dalekich przemian humoralnych i zmian w układzie roślinnym, czy też ciało, posiadające tylko własności zmiany świadomości. Na te pytania odpowiedzi dać nie możemy.

Mamy do czynienia z dwiema niewiadomymi. Jedna to wyżej przytoczona, a druga to brak pewnych wiadomości o biologicznej istocie schizofrenii.

Nowe środki lecznicze

Dr Irena SIERADZKA Warszawa

O leczeniu Coraminą

Z Oddziału III Wewnętrznego Szpitala na Czystem w Warszawie
Ordynator: Dr B. Jochweds

Leczenie tzw. preparatami zastępującymi kamforę posiada już dość znaczne piśmiennictwo. Podanie obecnie wyników o znaczeniu zasadniczym jest dość trudne, wydaje nam się jednak, że praca niniejsza, oparta na dużym materiale i traktująca zagadnienie lecznictwa Coraminą z różnych punktów widzenia, winna zainteresować każdego klinicystę i być mu nieraz pomocną w różnych zawikłanych sytuacjach, które mogą zdarzyć się każdemu praktykującemu lekarzowi. Praca niniejsza obejmuje cały szereg możliwości zastosowania Coraminy, a więc: 1) dłuższe leczenie chorych z zaburzeniami krążenia i leczenie kombinowane schorzeń serca i układu krążenia, 2) leczenie zapaleń płuc wyłącznie Coraminą, 3) leczenie przewlekłych zapaleń oskrzeli, nieżytów zastoinowych i rozedmy, 4) podstawowe leczenie dusznicy bolesnej Coraminą, 5) Coramina a ozdrowienie, 6) nagłe wypadki.

I. Przewlekłe leczenie chorych z zaburzeniami krążenia Coraminą i leczenie kombinowane

Na podstawie własnych spostrzeżeń oraz piśmiennictwa, stwierdzamy kilka punktów zaczepienia Coraminy w ustroju. 1) Przede wszystkim obwodowy układ krążenia. W przewlekłych schorzeniach serca nagromadza się w ustroju z powodu zastoju i zwichnięcia ogólnego przyswajania cały szereg jej odpadków i produktów (kwasu węglowego, mlekowego, histaminy itd.). Działa porażająco na obwód krążenia i dołącza się do tzw. *plus* dekompensacji pewien czynnik *minus*-dekompensacji, co wpływa ujemnie na czynność ośrodkowego układu krążenia (zmniejszenie *vis a tergo*). Coramina, działając drogą ośrodkową na obwód, tonizuje go w ten sposób szybko i poprawia ogólny stan chorego. Pozwala to na przetrzymanie ciężkiego okresu wyczekiwania na moment zadziałania leków nasercowych, podawanych jednocześnie. Stałe podawanie Coraminy razem ze środkami nasercowymi potęguje ich działanie, tonizując obwód i zmniejsza wydatnie możliwość nagłej śmierci chorego z powodu porażenia obwodu. Zapad występuje bowiem zwykle zupełnie niespodziewanie w ciągu przewlekłego leczenia niedomogi serca lub zawału sierdzia, a stałe podawanie Coraminy zabezpiecza do pewnego stopnia przed tego rodzaju wypadkiem. 2) Na ośrodkowy układ krążenia działa Coramina dodatnio przez rozszerzenie naczyń wieńcowych serca, czym przyczynia się do lepszego ukrwienia mięśnia sercowego. Dowodem tego może być dodatnie działanie Coraminy podczas napadu dusznicy bolesnej, o czym będzie mowa niżej. Poza tym działa Coramina dodatnio na batmotropizm m. sercowego, co winno być wykorzystane w zaburzeniach układu przewodzącego. Przyspieszenie czynności serca spowodowane Coraminą kompensuje czasem niedomogę krążenia (odruch Bainbridge'a) w przypadkach, kiedy zwalczanie hiposystolii przy pomocy leków nasercowych jest utrudnione. 3) Wreszcie wpływ Coraminy na ośrodek oddechowy wyraża się w jego pobudzeniu wówczas, gdy nagromadzenie się wskutek niedomogi krążenia różnych produktów przyswajania ośrodek ten narkotyzuje i doprowadza do zaburzeń w oddychaniu, jak oddech Cheyne-Stokesa. Podajemy kilka przypadków, które by do pewnego stopnia powyższe ilustrowały.

Chory A. D., lat 28. Nr Ks. Gł. 6092. Rozpoznanie: *Stenosis et insuff. valv. mitr.; decompensatio circulat.*

Zgłasza się na Oddział z powodu duszności i obrzęków kończyn dolnych, tętno 92, miarowe, słabo napięte i wypełnione. Zastosowano Coraminę z glukozą dożylnie w ciągu 4 tygodni, oprócz tego małe dawki naparstnicy ($3 \times 0,075$), które zresztą chory źle znosił. Obrzęki w kilka dni po rozpoczęciu leczenia kombinowanego zaczęły się zmniejszać, samopoczucie się poprawiło, duszność ustępowała, tętno stawało się lepiej napięte i wypełnione, ciśnienie maksymalne wzrosło z 110 na 140. Po 6-tygodniowym pobycie chory wypisał się ze szpitala w stanie lepszym.

Chory G. S., lat 47. Nr Ks. Gł. 6513. Zwyrodnienie gośćcowe i przerost odśrodkowy serca. Niedomoga krążenia. Nieżyt drobnych oskrzelików. Przybywa na Oddział z powodu duszności, obrzęków kończyn dolnych, krzyża i moszny. Przedmiotowo stwierdza się ciężki stan, sinicę, obrzęki i powiększenie serca we wszystkich wymiarach. Podawane najpierw naparstnica i strofantyna pozajelitowo dawały wynik niewielki, przejściowy. Sama Coramina dożylnie z cukrem była również bez wyniku. Dopiero kombinowane leczenie lekami nasercowymi i Coraminą dały trwałą poprawę w postaci wielomoczu, ustąpienia obrzęków oraz duszności i lepszego samopoczucia. Chory wypisał się w stanie lepszym.

Chory S. S., lat 42. Nr Ks. Gł. 1992. Kiła sercowo-naczyniowa, przerost serca, niedomoga przeważnie lewostronna. Silna duszność wysiłkowa i spoczynkowa, sinica, oddech Cheyne-Stokesa. Po kilkudniowym podawaniu Ouabainy z cukrem dożylnie, wynik niewielki, oddech Cheyne-Stokesa utrzymuje się. Dano Coraminę z glukozą dożylnie. Oddech Cheyne-Stokesa ustąpił, wrócił jednak po 30 minutach. Kombinowane leczenie Coraminą oraz Ouabainą poprawiło wydatnie stan chorego, który wypisał się w stanie lepszym.

Chory L. W., lat 26. Nr Ks. Gł. 1686. Ostre zapalenie wsierdzia pod postacią niedomykalności zastawki dwudzielnej. Zapalenie stawu skokowego górnego. Choruje od 12 dni, stale gorączkuje, miewa dreszcze, duszność, bóle w okolicy serca. Przedmiotowo: ciepłota 39°, tętno około 140. Serce nieco powiększone w lewo. Osłuchowo nad koniuszkiem szmer skurczowy i rozkurczowy, akcentuacja drugiego tonu nad tętnicą płucną. Leukocytów 10.000, R. R. 85/50. Prócz salicylu, stosowano dwa razy dziennie po 1 amp. Coraminy domięśniowo. Samopoczucie chorego, mimo nieustępowania ciepłoty, poprawiło się, a po kilku dniach duszność wydatnie się zmniejszyła. Ciśnienie krwi wzrosło na 120/80. W czasie trwania gorączki dokonano choremu wyłuszczenia migdałków, przy czym przed i po zabiegu chory otrzymywał wstrzykiwania Coraminy. Zabieg zniósł dobrze, szybko się poprawił. Zaznaczyć należy, że mimo wysuwania się na pierwszy plan ciężkiego schorzenia sercowo-naczyniowego, chory innych leków ze względu na niebezpieczeństwo zatorów nie otrzymywał.

II. Leczenie zapaleń płuc wyłącznie Coraminą

Sprawa leczenia zapalenia płuc jest w piśmiennictwie lekarskim od dawna przedmiotem dyskusji i mimo całego arsenału środków będących w rozporządzeniu, żaden z nich nie uzyskał opinii bezwzględnie skutecznego i niezbędnego. Sprawa leczenia swoistego nie wiele posunęła się naprzód. Stosowanie optochiny zostało zarzucone dawno ze względu na jej szkodliwość, podawanie zaś chininy ogranicza się tylko do pierwszych dwóch dni procesu chorobowego. Leczenie surowicą swoistą jest utrudnione z powodu różnorodności szczepów bakteryjnych i często stwierdzanej flory mieszanej. Podawanie leków naser-

cowych od samego początku choroby spotkało się z wybitnym sprzeciwem całego szeregu autorów, którzy dowodzili, że naparstnica podczas gorączki nie działa, a w razie wystąpienia ostrej niedomogi serca uniemożliwia zastosowanie doraźnie działającej strofantyny; toteż wydaje nam się, że przynajmniej w lżejszych i średnio ciężkich przypadkach właściwym postępowaniem w zapaleniu płuc jest podawanie od samego początku zachorzenia leków tonizujących krążenie obwodowe i zajęcie wyczekującego stanowiska wobec procesu płucnego.

Chory H. S., lat 45. Nr Ks. Gł. 6753. Grypowe, odoskrzelowe zapalenie płuca prawego. Rozedma płuc. Skarży się na kaszel z odpluwaniem śluzowo-ropnej plwociny oraz duszność. Ciepłota 38,5°. Przedmiotowo rzężenia dźwięczne w dole klatki piersiowej po stronie prawej. Rentgenologicznie drobnoplamiste nacieki w dole płuca prawego. Stan ogólny dość ciężki, sinica, duszność. Tętno 96. Zastosowano upust, naparstnicę, środki wykrztuśne, jednak stan nie poprawiał się, wobec czego leki te odstawiono i zastosowano Coraminę dożylnie po kilka razy dziennie, zwiększając dawkę od 0,5 cm^3 do 1,7 cm^3. Chory po każdym zastrzyku twierdził, że ma mniejszą duszność. Ciśnienie krwi 110/65, w 10 minut po zastrzyku podniosło się do 125/75, w pół godziny do 120/75. Poprawa następowała w szybkim tempie. Po tygodniu chory wypisał się w stanie lepszym.

Chory L. I., lat 9. Nr Ks. Gł. 521. Zapalenie górnego płata prawego płuca. Chory w nocy obudził się z uczuciem gorąca i dreszczami. Ciepłota 39°, wymioty. Ciepłota taka utrzymuje się do chwili przybycia chorego na Oddział. Chory kaszle mało. Przedmiotowo stwierdza się w okolicy nadłopatkowej stłumienie i oddech oskrzelowy. Choremu zastosowano Coraminę doustnie 6 razy dziennie po 15 kropel. Po trzech dniach ciepłota obniżyła się do 37,2° przy utrzymujących się objawach fizykalnych. Po ośmiu dniach pobytu w szpitalu wypisał się wyleczony.

Zaznaczyć należy, że w przypadkach, w których obok porażenia obwodu, podejrzewamy uszkodzenie mięśnia sercowego, jako pierwszą dawkę przy wstrzykiwaniach dożylnych stosujemy 1 cm^3 Coraminy, następnie 1,5 i 1,7 cm^3, zwiększając w ten sposób stopniowo dawkę.

III. Coramina w przypadkach przewlekłego nieżytu oskrzeli, nieżytów zastoinowych, rozedmy i gruźlicy płuc

W trakcie podawania Coraminy w przypadkach z zaburzeniami krążenia, stwierdzono dodatni wpływ tego leku u chorych ze zmianami w układzie oddechowym, a mianowicie: działanie wykrztuszające w stanach nieżytowych dróg oddechowych, przebiegających z wysiękaniem do oskrzeli, oraz rozrzedzające plwocinę i ułatwiające jej odpluwanie. Jeśli weźmiemy pod uwagę, że dłużej trwające stany nieżytowe doprowadzają do rozedmy płuc, skutkiem której występują zmiany w ośrodkowym układzie krążenia w postaci *cor pulmonale* i tzw. zespołu sercowo-płucnego oraz zmiany miażdżycowe w rozgałęzieniach tętnicy płucnej *(cardiaque noir)*, co w konsekwencji prowadzi do zaburzeń w utlenianiu krwi w płucach i narkotyzacji centralnego ośrodka oddechowego, to zrozumiemy łatwo, że Coramina ze swoim wpływem na układ krążenia, ośrodek oddechowy i wreszcie działaniem wykrztuśnym może być w tych sprawach pomocna. Stąd prosty wniosek, że należy też podawać Coraminę w tych procesach gruźliczych płuc, które wikłają się marskością, a co za tym idzie rozedmą, nieżytem oskrzeli i zmianami w mięśniu sercowym.

Chory O. D., lat 43. Nr Ks. Gł. 1196. Rozedma płuc, nieżyt oskrzeli, rozstrzenie oskrzelowe, zwyrodnienie mięśnia sercowego. Choruje od kilkunastu lat, kilkakrotnie przechodził zapalenie płuc, kaszle wiele, odpluwa, cierpi na znaczną duszność typu wdechowo-wydechowego. Przedmiotowo: granice płuc mało ruchome, ustawione nisko, klatka piersiowa beczkowata, wypuk jawny z odcieniem bębenkowym. Osłuchowo: na całej przestrzeni klatki piersiowej świsty i furczenia, w dolnych częściach płuc trzeszczenia, serce przykryte płucami. Badanie plwociny na prątki Kocha dało wynik ujemny. Kilkutygodniowe leczenie środkami rozszerzającymi oskrzela, jak papaweryna i diuretyna oraz wykrztuśnymi, jak senega, nie dało wielkiej ani stałej poprawy, natomiast dwutygodniowe leczenie Coramina z glukozą dożylnie zmniejszyło wydatnie duszność oraz przedmiotowo ilość rzężeń i świstów. Chory wypisał się w znacznie lepszym stanie.

Chory K. B., lat 42. Nr Ks. Gł. 2646 i 6067. Rozedma płuc, nieżyt przewlekły, rozstrzenie oskrzeli, zwyrodnienie mięśnia sercowego, niedomoga prawego serca. Chory skarży się na duszność, niezależną od wysiłku fizycznego, bóle w okolicy serca oraz obrzęki kończyn dolnych. Choruje od wielu lat. Wielokrotnie przebywał w szpitalu. Przy badaniu przedmiotowym stwierdza się sinicę śluzówek widocznych. Klatka piersiowa beczkowata, wypuk jawny z odcieniem bębenkowym, granice dolne obniżone, bardzo słabo ruchome. Osłuchowo: szmer pęcherzykowy zaostrzony, rozlane świsty i furczenia, w dole trzeszczenia. Serce przykryte płucami. Wątroba wystaje na 4 palce spod łuku żebrowego. Podawana z początku strofantyna dożylnie oraz leki wykrztuśne pozostały bez skutku. Kombinacja jednak tych leków z Coraminą dała wyraźną poprawę, wydatnie zmniejszyła się duszność, wskutek obfitszego odpluwania i lepszego samopoczucia. Chorego tego obserwowaliśmy kilkakrotnie na Oddziale i mamy wrażenie, że Coramina jest jednym z nielicznych leków dodatnio wpływających na ciężki i nieuleczalny stan tego chorego.

Chory G. H., lat 38. Nr Ks. Gł. 6722. Gruźlica płuc rozsiana, włóknista. Rozedma płuc, rozlany nieżyt oskrzeli. Główne skargi: silna duszność wysiłkowa i w spoczynku. Kaszel z odpluwaniem znacznej ilości plwociny. Choruje od 9 lat. Wielokrotnie przebywał w sanatoriach. Ostatnie pogorszenie przed miesiącem: dreszcze, podwyższona ciepłota. Przedmiotowo stwierdza się na całej przestrzeni klatki piersiowej oddech zaostrzony, świsty i furczenia. W dole klatki piersiowej z tyłu niedźwięczne rzężenia. Serce w granicach normy. Osłuchowo bez zmian. Badanie plwociny: 1—2 prątki co kilka pól widzenia. Leczenie: co 3 godziny 20 kropel Coraminy. Wobec nieustępowania duszności, dodaliśmy jeszcze codziennie zastrzyk Coraminy w cukrze dożylnie. Po kilku dniach duszność wydatnie się zmniejszyła, kaszel mniej męczący, odpluwanie łatwiejsze, a po kilkutygodniowym leczeniu Coraminą doustnie i dożylnie chory wypisał się z poprawą podmiotową przy wydatnym cofaniu się objawów nieżytowych w oskrzelach.

Chory F. S., lat 32. Nr Ks. Gł. 5667. Gruźlica rozpadowa płuc, stany kurczowe oskrzeli, rozlany nieżyt oskrzeli, zwyrodnienie mięśnia sercowego. Choruje od 9 lat. Skarży się przede wszystkim na duszność napadową i spoczynkową i męczący kaszel. Napady duszności występowały często w nocy, ustępowały po zastrzykach astmolizyny. Przedmiotowo stwierdza się: ciepłota 37,5°, tętno 120 na minutę. Osłuchowo: nad grzebieniami łopatek rzężenia średnio i grubobańkowe, poza tym na całej przestrzeni klatki piersiowej liczne świsty i furczenia. Te szmery dodatkowe wysuwają się przez cały czas kilkakrotnych obserwacyj chorego na pierwszy plan. Serce przykryte płucami. Wątroba wystaje na 4 palce spod łuku żebrowego. Wobec bardzo silnej duszności spoczynkowej, nasilającej się napadowo, przechodzącej w stan przedobrzękowy płuc oraz wielkiej sinicy, zastosowaliśmy Coraminę dożylnie, uważając, że mamy do czynienia z dusznością typu mieszanego, sercowo-oskrzelowo-płucną. Doraźnie stwierdzaliśmy wydatne zmniejszenie napadowego naddatku duszności, po kilku zaś dniach leczenia Coraminą wyraźne zmniejszenie duszności stałej i spoczynkowej. Kaszel stawał się mniej męczący, samopoczucie chorego poprawiało się. Ten wpływ leczenia spostrzegaliśmy przy każdorazowym pobycie chorego na Oddziale. Wynik nie dał się jednak utrzymać na dłuższy okres czasu, gdyż sprawa zasadnicza posuwała się nieubłaganie naprzód.

To byłyby nasze spostrzeżenia przy stosowaniu Coraminy w przypadkach gruźlicy płuc, której towarzyszą wtórne zmiany w oskrzelach w postaci stanów nieżytowych i kurczowych. Mimo, że lek ten na zasadniczą sprawę pozostaje, oczywiście, bez wpływu, to nie da się zaprzeczyć dodatnie jego działanie na te powikłania wyczerpujące chorego i obciążające układ krążenia.

IV. Stosowanie Coraminy w dusznicy bolesnej wysiłkowej (ambulatoryjnej)

Szereg chorych ze zmianami miażdżycowymi naczyń wieńcowych i z zaburzeniami w odżywianiu mięśnia sercowego źle znosi wszelkiego rodzaju azotyny. Chorzy ci reagują na nie zwykle zbyt silnie w postaci nagłego bólu głowy, mdłości, wymiotów lub ciężkich zapadów. U niektórych chorych dolegliwości w ogóle nie ustępują po nitroglicerynie albo amylazotynach. Wobec tego usiłowali lekarze zastępować te, niekiedy zbyt gwałtownie działające leki, środkami łagodniejszymi, a niemniej skutecznymi. Zauważono, że Coramina podana doustnie przy uczuciu unicestwienia, jakie wywołuje ból dławicowy, znosi go często. W dostępnym nam piśmiennictwie nie znaleźliśmy o tym żadnej wzmianki, opieramy się więc na doniesieniach ustnych lekarzy, rozporządzających dużym doświadczeniem, a przede wszystkim szefa naszego Oddziału dra Jochwedsa, który w swojej praktyce szeroko stosował Coraminę w dusznicy bolesnej. Bóle po doustnym podaniu Coraminy często ustępowały u chorych, u których nitrogliceryna w ogóle nie działała, albo działała źle. Jeżeli chodzi o przewlekłe leczenie stale powtarzających się napadów dławicowych, to B. Jochweds już w roku 1932 w swo-

jej monografii o leczeniu farmakologicznym niedomogi serca podaje, że osiągnął dobre wyniki za pomocą codziennych, jednorazowych lub dwukrotnych wstrzykiwań podskórnych Coraminy z papaweryną (str. 100). Oczywiście na Oddziale mogliśmy sprawdzić te doniesienia tylko na szczupłym materiale chorych, gdyż są to zwykle chorzy ambulatoryjni. Dla ilustracji jednak podajemy dwa dość przekonywujące przypadki:

Chory T. F., lat 47. Nr Ks. Gł. 1804. Miażdżyca naczyń wieńcowych, dusznica bolesna, zawał sierdzia. Podaje, że przed dwoma dniami nagle na ulicy poczuł ból w okolicy serca, promieniujący do lewej ręki oraz uczucie lęku. Ból po nitroglicerynie ustąpił. W domu bóle się ponawiały, ustępując po nitroglicerynie. Został skierowany do szpitala. Przy badaniu przedmiotowym żadnych odchyleń od normy się nie stwierdza. R. R. 140/90. EKG: S. T. niżej linii izoelektrycznej w drugim i trzecim odprowadzeniu. T_4 płaskie, R_4 bardzo niskie, S_4 rozszerzone. Bóle ponawiają się codziennie. Ostatnio bezpośrednio po każdym zastosowaniu nitrogliceryny zarówno na język, jak i do wewnątrz występują uczucia gorąca i bóle głowy. Coramina w kroplach uspokaja bóle. Pewnego dnia miał znowu silny ból w okolicy serca, promieniujący w lewo do barku i szyi. Bóle ustąpiły po Coraminie. Chory dostaje Coraminę dożylnie z cukrem i po 3-tygodniowym leczeniu wypisuje się w stanie lepszym; napady ustąpiły.

Chory K. H., lat 28. Nr Ks. Gł. 455. Przewlekłe zapalenie sierdzia i włókniste zapalenie wsierdzia, pod postacią niedomykalności i zwężenia zastawki dwudzielnej. Chory przybywa na Oddział ze skargami na bicie serca, duszność wysiłkową, bóle ciągnące w dolnej części mostka. Choruje od 5 lat. W ciągu ostatnich trzech miesięcy miewa często wspomniane bóle. Przedmiotowo: serce powiększone we wszystkich wymiarach. Osłuchowo: szmer skurczowy nad wszystkimi ujściami, czynność niemiarowa (skurcze dodatkowe). Chory uskarża się na bóle w dolnej części mostka i w dołku podsercowym, podaje, że po Coraminie uczucie ucisku w dołku podsercowym ustąpiło, natomiast obecnie, po odstawieniu tego leku zjawiło się ponownie (Coraminę podawano co 2 godziny po 20 kropel). Wobec tego ponownie rozpoczęto leczenie Coraminą w tych samych dawkach. Dnia 12. IV. ból w mostku mniejszy, bicie serca ustąpiło, dnia 14. IV. samopoczucie lepsze, bicia serca i duszności nie odczuwa, dławienie w dolnej części mostka występuje znacznie rzadziej, po Coraminie czuje się lepiej. Dnia 22. IV. samopoczucie dobre, bólów i bicia serca nie ma, wypisuje się z poprawą. Wyjaśnienie istoty bólów przy zwężeniu zastawki dwudzielnej wykraczałoby poza ramy niniejszej pracy.

V. Coramina a rekonwalescencja

Objawy niedomagania ustroju oraz osłabienia po chorobach zakaźnych, czy wyniszczających, mają swe źródło, między innymi, w różnego rodzaju zaburzeniach krążenia. Wyczerpanie nadnerczy po chorobach zakaźnych i gorączkowych prowadzi do podciśnienia ozdrowieńców, co jest źródłem osłabienia i całego szeregu dolegliwości podmiotowych. Zmiany zaś zapalne zwyrodnieniowe mięśnia sercowego prowadzą często do czestoskurczu ozdrowieńców i związanych z tym zaburzeń ustrojowych. Zmiany chorobowe w układzie neurowegetatywnym prowadzą również do zaburzeń w krążeniu, co często ujawnia się w nagłych spadkach ciśnienia, przejawiających się klinicznie w postaci omdleń. Jak wynika z dawniejszego doświadczenia na Oddziale, w 25 przypadkach rekonwalescencji po durze brzusznym i zapaleniu płuc z powodu ogólnego osłabienia, niskiego ciśnienia oraz przyśpieszenia tętna stosowaliśmy jako jedyny lek Coraminę doustnie 3—6 razy dziennie po 20 kropel. W znacznej większości przypadków następowała poprawa podmiotowa, a całkowity powrót do zdrowia odbywał się szybciej, niż zwykle. Należy podkreślić wielką korzyść częstszego podawania Coraminy. Z bieżącego materiału Oddziałowego przytaczamy dwa przypadki ciężkich schorzeń, w których Coramina w okresie rekonwalescencji wpływała na szybsze zdrowienie i poprawiła samopoczucie.

Chory R. T., lat 36. Nr Ks. Gł. 5278. *Hepatitis parenchymatosa (ictere prolongé grave), cholaemia gravis.* Choruje na żółtaczkę od 11 tygodni, ma silny świąd skóry, brak apetytu, nudności, wymioty, stracił na wadze około 14 kg. Przedmiotowo: powiększenie wątroby i śledziony, bilirubina i urobilinogen w moczu. Po dość intensywnym 4-tygodniowym leczeniu żółtaczka poczęła zanikać, stan ogólny chorego jednak nie zadawalający. Skargi na osłabienie, kołatanie serca, bezsenność. R. R. 90/60. Rozpoczęto podawanie Coraminy doustnie 6 razy dziennie po 25 kropel. Po kilku dniach samopoczucie chorego lepsze, kołatanie serca ustało, R. R. 110/85. Po dwutygodniowym leczeniu Coraminą chory wydatnie się poprawił i wypisał się przy ciśnieniu 135/90, przy czym tętno, które nawet w czasie ustępowania żółtaczki wynosiło około 55, przy wypisaniu się wynosiło 85; dodatnie działanie Coraminy na batmotropizm mięśnia sercowego było więc w tym wypadku dla chorego objawem pomyślnym i pożądanym.

Chory B. W., lat 39. Nr Ks. Gł. 4787. Żółtaczka mechaniczna, zapalenie trzustki i guz zapalny trzustki. Zgłasza się na Oddział ze skargami na żółtaczkę, świąd skóry, wybitne osłabienie, spadek wagi, choruje od 8 tygodni. W moczu bilirubina wyraźna, brak urobilinogenu. Próba Schmidta w kale ujemna. Po 6-tygodniowym pobycie chorego na Oddziale i rozpoznaniu żółtaczki zastoinowej przepisano go na Oddział Chirurgiczny, gdzie przy operacji stwierdzono przeszkodę w odpływie żółci w postaci uciskającego na drogi żółciowe zapalnego guza trzustki. Dokonano zespolenia woreczka żółciowego z żołądkiem. Żółtaczka poczęła się zmniejszać, wystąpiło jednak zapalenie płuc i chory został z powrotem przeniesiony na Oddział Wewnętrzny. Po dwutygodniowym leczeniu, mimo ustąpienia żółtaczki, spadku ciepłoty i cofania się objawów miejscowych w płucach, samopoczucie chorego złe. Skargi na osłabienie, kołatanie serca i bóle głowy. R. R. 85/60. Rozpoczęto podawanie Coraminy z glukozą dożylnie. Po dwutygodniowym leczeniu stan chorego wyraźnie się poprawił, siły zwolna wracały, a ciśnienie, narastając powoli, osiągnęło przed wypisaniem się chorego R. R. 140 maks.

VI. Coramina w nagłych wypadkach

Stosowanie Coraminy w nagłych wypadkach posiada dość obfite piśmiennictwo i dodanie do tego czegoś nowego jest rzeczą trudną. Od dawna jest ona znana, jako tzw. *„Weckmittel"* w porażeniu oddechu, lub zapadu ponarkotycznego, a pole do doświadczeń w tym kierunku mają oddziały chirurgiczne. Interniści mają możność obserwowania wpływu Coraminy zarówno w nagłej perturbacji ustrojowej, wywołanej przede wszystkim ostrą niedomogą krążenia, jak i w zatruciach zewnętrznego pochodzenia, jak tlenkiem węgla i barbituratami oraz wewnątrzustrojowego, jak śpiączka w cukrzycy i w mocznicy. Niejednokrotnie powiodło nam się za pomocą Coraminy utrzymać chorego przy życiu w czasie śpiączki w cukrzycy lub mocznicy, zwłaszcza wtedy, gdy do zachorzenia zasadniczego przyłączyła się śpiączka sercowo-naczyniowa *(coma cardiovasculare).* Jeśli chodzi o ostre zatrucia tlenkiem węgla i barbituratami, to wypada stwierdzić, że obserwacje nasze są zgodne z tymi autorami, którzy twierdzą, że śpiączkę przy tych zatruciach udaje się często przerwać z pomocą Coraminy nawet wówczas, gdy inne środki okazują się bez wpływu.

Chory W. K., lat 25. Zatrucie tlenkiem węgla. Chory został przywieziony na Oddział na skutek zatrucia gazem świetlnym. Nieprzytomny, tętno nieźle napięte i wypełnione, 100 na minutę. Przedmiotowo: poza niewielką sinicą śluzówek widocznych i policzków, nic szczególnego. Dokonany upust i podawana kamfora, kofeina, strychnina podskórnie oraz kofeina i strychnina dożylnie pozostały bez wyniku, natomiast po 5 cm³ Coraminy dożylnie chory wstał nagle, zapytał, co się z nim dzieje i usnął z powrotem. Rozpoczęto podawanie Coraminy podskórnie co godzinę. Następnego dnia śpiączka ustąpiła.

Chora G. H., lat 16. Ostre zatrucie luminalem (z prywatnej praktyki szefa Oddziału). Chora połknęła na raz 10 pastylek luminalu po 0,1. Wystąpiła śpiączka. Chora blado-sinawa, tętno nitkowate, 120 na minutę. Leczenie: 3 razy dziennie po 5 cm³ Coraminy dożylnie, 4 razy dziennie po 8 mg strychniny podskórnie, po 6 godzinach poprawa szybko postępująca, po 24 godzinach stan zupełnie dobry.

Do nagłego porażenia ogólnego układu krążenia prowadzą, oprócz ostrej niedomogi lewej komory, sprawy zakrzepowe krążenia wieńcowego oraz pnia i rozgałęzień tętnicy płucnej. Znane są wypadki nagłej zapaści spowodowane zawałem sierdzia, w których zastosowane dożylnie środki tzw. zastępujące kamforę, a przede wszystkim Coramina w dużych dawkach, ratują życie chorego. To samo dotyczy ostrych zatorów tętnicy płucnej, przy czym należy podkreślić, że silna duszność, która towarzyszy zapaści przy zawale płuc, ustępuje często po Coraminie.

Chory S. K., lat 20. Powolne zapalenie wsierdzia, zawał płuc. Chory kilkakrotnie przechodził zapalenie stawów. Po ostatnim zapaleniu stawów gorączka nie ustępuje, skargi na osłabienie, zawroty głowy oraz kołatanie serca, sinica, duszność. Przedmiotowo: chory blady, ciepłota 38°, tętno chybkie, 160, ze strony serca konfiguracja aortalna, powiększenie w lewo, szmer skurczowy i rozkurczowy, rozkurczowy najlepiej słyszalny w drugiej przestrzeni międzyżebrowej na prawo od mostka, wątroba i śledziona macalne. Na trzeci dzień pobytu w szpitalu chory dostał

nagle silnego bólu w lewym boku, gwałtownej duszności i kaszlu z odpluwaniem krwistej plwociny. Tętno 140. Wezwany lekarz dyżurny wstrzyknął 5 cm³ Coraminy. Następnego dnia stan chorego wydatnie się poprawił.

Ten sam korzystny wpływ Coraminy na duszność zaobserwowaliśmy przy dychawicy sercowej lub obrzęku płuc. Chcielibyśmy w tym miejscu jeszcze podkreślić, że obrzęk płuc w pełni rozwoju, wbrew opinii niektórych lekarzy, nie stanowi przeciwwskazania dla stosowania Coraminy, jak to wynika z poniżej podanego przypadku.

Chory K. H., lat 51. Nr Ks. Gł. 936. Obustronne zapalenie płuc włóknikowe, zwyrodnienie mięśnia sercowego. Choroba rozpoczęła się przed tygodniem nagle wśród dreszczy i ciepłoty 39°, następnie przyłączyły się bóle w prawym boku odpluwanie śluzowo-ropnej plwociny. Przedmiotowo: ciepłota 39°, w płucach po stronie prawej stłumienie sięga od dołu do połowy łopatki, oddech oskrzelowy, po stronie lewej przytłumienie od kąta łopatki w dół. Osłuchowo: rzężenia dźwięczne. Stan chorego bardzo ciężki, duszność, sinica. Na trzeci dzień pobytu w szpitalu wystąpił obrzęk płuc, tętno 140, słabo napięte i wypełnione. Wstrzyknięto dożylnie 5 cm³ Coraminy, po czym duszność wydatnie się zmniejszyła, tętno zwolniło się do 120, dobrze napięte i wypełnione, z daleka słyszalne rzężenie ustąpiło. Następnego dnia tętno 100, dobrze napięte i wypełnione, duszność niewielka, sinica mniejsza, stan ogólny niezły.

Dr Stefan SCHWARZ. I. Asystent Oddziału Kraków

O pourazowej niewydolności krążenia

Z Oddziału Chorób Kobiecych i Położniczego Państwowego Szpitala św Łazarza w Krakowie
Ordynator: Doc. dr J. Szymanowicz

Niewydolność krążenia występuje niejednokrotnie wskutek urazów przypadkowych i w następstwie zabiegów chirurgicznych, czy położniczych, a także po porodach odbytych siłami natury. Częstokroć nawet zabiegi drobne i bez znaczniejszej utraty krwi pociągają za sobą wstrząsy i ciężkie zaburzenia krążenia.

Niedomoga krążenia po urazie, czy po zabiegu objawia się głównie zapadem *(collapsus)*, który do niedawna utożsamiano niesłusznie z ostrą niewydolnością mięśnia sercowego i dlatego nieskutecznie zwalczano. Już sam wybór nazw środków pobudzających *(analeptica)* wskazuje na to, że wytwórnie sugerowały te środki jako leki sercowe. Dziś jednak nie ulega wątpliwości, że niedomoga krążenia po zabiegu, polegająca na niewydolności samego tylko serca, jest sprawą rzadką.

Serce, wedle zdania Strauba, opartego na pracach Franka, Hessa, Krogha, Barcrofta, Lewisa i innych, nie zajmuje już głównego miejsca w narządzie krążenia. Serce rozporządza znacznym zapasem sił i jeżeli tylko odpowiednio podtrzymać krążenie obwodowe i oddychanie, to wydolność mięśnia sercowego okazuje się często nieoczekiwanie wielka. Każdy chirurg zna z własnego doświadczenia przypadki, w których mimo porażenia krążenia obwodowego i oddychania, serce utrzymywało swą czynność zdumiewająco długo.

Jak wynika z zestawień Lewisa (Ameryka) i Strauba (Niemcy), śmiertelność po zabiegach u chorych z wadami serca i ze zmianami w mięśniu sercowym nie przekracza 5%, przy czym same wady zastawkowe, bez zmian w mięśniu, nie przewyższają 2% śmiertelności.

Jedynie schorzenia naczyń wieńcowych podwyższają znacznie śmiertelność po zabiegach — wedle Strauba do 7,7%, a wedle Lewisa nawet do 10—20% w cięższych przypadkach.

Zapad pourazowy a więc po zabiegu lub po porodzie polega na niewydolności, a ściśle mówiąc, na porażeniu obwodowych naczyń krwionośnych. Porażenie to bywa następstwem działania wielu czynników fizycznych, chemiczno-toksycznych i nerwowych, albo działania na ośrodek naczynioruchowy, jak twierdzą Romberg i Pessler, albo też na unerwienie obwodowe naczyń, jak sądzą Holzbach i Eppinger. Skutek w obu tych razach jest jednakowy, to znaczy, naczynia krwionośne wraz z siecią włosowatą rozszerzają się i gromadzą w swym świetle krew. Żyły wskutek tego nie doprowadzają dostatecznej jej ilości do serca, ciśnienie tętnicze spada, tętno staje się niewypełnione, niemacalne, czynność serca przyspiesza się gwałtownie, wreszcie serce wyczerpuje się i przestaje pracować.

Z czynnością ośrodka naczynioruchowego związane jest ściśle działanie ośrodka oddechowego. Dlatego też w zapadzie widujemy zawsze zaburzenia oddychania. Na odwrót, porażenie ośrodka oddechowego, najczęściej przez środki odurzające i usypiające, pociąga za sobą niedomogę krążenia.

Zapad, poza opisaną wyżej postacią ostrą, występować może także w postaci przewlekłej. Postać przewlekłą widzimy zazwyczaj nie zaraz po zabiegu, ale w pewien czas po nim, jako jeden z głównych objawów tzw. „choroby po zabiegu", wywoływanej zawiłym działaniem bardzo wielu czynników, związanych z przebyciem urazu, wstrząsem, uśpieniem, gojeniem itd.

Prócz tego należy może tutaj zaliczyć również zakrzepowe zapalenie żył ze względu na to, że sprawa ta zarówno w swych początkach, jak i w zejściu wywołuje przewlekłe i ostre zaburzenia krążenia.

Podtrzymanie i wzmocnienie czynności narządu krążenia w tych stanach ratuje niejednokrotnie życie choremu.

Na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym Szpitala św. Łazarza w Krakowie widujemy nierzadko różne postacie zapadu, zwłaszcza, że w ogóle u kobiet, jako u osób o chwiejnym układzie nerwowym, zapad występuje częściej, aniżeli na innych oddziałach. Dlatego też chcemy przedstawić sposoby naszego postępowania w tych przypadkach, sądząc, że uzyskujemy tutaj dobre wyniki w stanach bardzo ciężkich, pozornie nawet beznadziejnych.

Zasadniczo uważamy, że w prawidłowych warunkach zakładowych nie powinno się dokonywać zwłaszcza większych zabiegów bez poprzedniego, ile możności dokładnego zbadania i przygotowania ogólnego ustroju. Co do badania narządu krążenia, to prócz badania opukowo-osłuchowego ograniczamy się, stosownie do tego, co powyżej powiedziano, do wykonania EKG. Innych prób (czynnościowych) serca nie wykonujemy, gdyż nie sądzimy, aby na ich wynikach można było polegać.

Co do możliwości przygotowania narządu krążenia, to wbrew zdaniu Strauba i większości internistów, a zgodnie ze Stoecklem i Mikuliczem-Radeckim sądzimy, że w wielu przypadkach przygotowanie serca *naparstnicą* jest korzystne. Naparstnicę podajemy zazwyczaj w czopkach tak, aby w ciągu 3—4 dni przed zabiegiem nagromadzić 1,5—2,0 g proszku mianowanego. Jeżeli zależy na krótszym okresie przygotowania, wstrzykujemy naparstnicę podskórnie, najchętniej przetwory naparstnicy wełnistej (Digilanid). Mamy przekonanie, że takie przygotowanie ułatwia niejednokrotnie opanowanie zapadu po zabiegu, zwłaszcza u chorych starszych (po 40 roku życia), a także niedomogi krążenia przy powikłaniach po zabiegach (zapalenie płuc).

Inaczej postępować musimy w przypadkach nagłych, przywożonych już w stanie ciężkim, gdzie nie ma mowy nie tylko o przygotowaniu, ale nawet o zbadaniu, a operować musimy bez względu na stan narządu krążenia i dodawać do wstrząsu i zapadu wywołanych urazem, czy skrwawieniem, drugi wstrząs. W przypadkach tych życie chorego zależy nie tylko od zręczności i szybkiego działania operatora, ale może w jeszcze większej mierze od należytego i celowego zwalczania zapadu i podtrzymania krążenia do czasu przeminięcia zapadu.

Jako zasadę przyjmujemy, że w zapadzie ostrym stosować należy wszelkie leki przede wszystkim *dożylnie*. Środki stosowane podskórnie lub domięśniowo (nie mówiąc już o podawaniu doustnym) działają w tym stanie zbyt powoli, bo dopiero po upływie kilkunastu minut. Z tego już choćby względu *nie wolno w stanie ostrego zapadu podawać oleju kamforowego,* pomijając już stwierdzone przez Supniewskiego, Modrakowskiego i Sikorskiego jego bardzo słabe i powolne działanie, zarówno jako środka naczynioruchowego, jak i sercowego. Dlatego też podobnie sądzimy, że podskórne wlewanie roztworu soli kuchennej w ostrym zapadzie mija się z celem i jedynie dożylne wlewanie powinno tutaj mieć zastosowanie. Jeżeli jednak w zapadzie wykonanie wstrzyknięcia dożylnego natrafia na trudności, wskutek zapadnięcia się ścian żył, to nie należy zwlekać z odsłonięciem żyły i założeniem do niej na pewien czas igły (z kulkowym zakończeniem).

Na podstawie wielu doświadczeń w przypadkach bardzo ciężkich stwierdzić możemy, że *wlewanie dożylne, kroplowe soli fizjologicznej* jest w tych stanach jednym z najpotężniejszych środków podtrzymujących krążenie. Do wlewań tych dodajemy środki naczynioruchowe, sercowe i w razie potrzeby także inne. Nie stosujemy wlewań roztworu (izotonicznego) cukru gronowego, gdyż wpływa on niekorzystnie na rozmieszczenie cieczy w ustroju, nie daje koniecznych w okresie po zabiegu jonów chlorowych, ma stwarzać skłonność do zakrzepów, a poza tym wywołuje nieznośny słodki smak w ustach. Roztwór podgrzewamy zawsze tuż przy ręce, jakimkolwiek grzejnikiem (elektrycznym, wodnym, katalitycznym).

Dość wcześnie założona kroplówka daje wyniki doskonałe i nie należy tylko uważać jej za środek ostateczny i zwlekać z jej założeniem do stanu zupełnie beznadziejnego.

Przypomnieć należy także nieporównane działanie *przetoczenia krwi* w zapadzie u chorych wykrwawionych. W warunkach naszych, wobec częstego braku środków na to kosztowne bądź co bądź leczenie, powinno się stosować w takich przypadkach zawsze wlewanie soli fizjologicznej dożylnie, dla uzupełnienia krążenia.

Kroplówkę dożylną stosujemy również z dobrymi wynikami w przewlekłych niedomogach krążenia, w chorobie „pozabiegowej" i przy rozpoczynających się objawach otrzewnowych.

Zabieg „autotransfuzji", polegający na wysokim ułożeniu kończyn dolnych, uciśniętych równomiernie od stóp do pachwin elastycznymi opaskami, daje czasem dobre wyniki, nie należy go jednak stosować zbyt długo (ponad dwie godziny) i trzeba uważać go raczej za tymczasowy.

Po zabiegach, gdzie obniżono szybko ciśnienie w jamie brzusznej (duże guzy, płyn), ugniatamy ją po zabiegu workiem z piaskiem, który stopniowo odsypujemy w ciągu kilku godzin.

Leków pobudzających *(analeptica)* istnieje mnóstwo, trzeba jednakowoż ograniczyć się do wybrania kilku najważniejszych, którymi rzeczywiście można zadziałać celowo. Celem naszym jest zastosowanie odpowiednich leków w takim zestawieniu i w takiej ilości, aby uzyskać możliwie silne i równoczesne pobudzenie zarówno ośrodkowe, jak i obwodowe narządów krążenia i oddychania.

Pamiętać trzeba o zdaniu Kiliana, że chorzy znajdują się najczęściej pod działaniem środków odurzających i usypiających, a więc zdolność oddziaływania ich ośrodków życiowych jest zmieniona. Dlatego dawki, które mamy stosować, nie mogą być wzorowane na dawkach stosowanych przez internistów, podobnie, jak cały tok zwalczania zapadu pourazowego musi być oparty na odrębnych, własnych sposobach chirurgicznych. *Sposoby stosowane przez internistów nie dają się przenieść w warunki chirurgów.*

Nasz zasób środków pobudzających składa się z *bezwodnika kwasu węglowego, kofeiny, koraminy, ikoralu i strychniny.* Środkami tymi można opanować każdą niedomogę krążenia i oddychania. Posiadanie większego wyboru podobnych leków utrudnia w pośpiechu celowy wybór i stosowanie. Jednym z największych błędów, jakie można w zapadzie popełnić, jest zasypywanie chorego mnóstwem, rozmaicie działających, środków.

Jak już powyżej zaznaczyliśmy, wszystkie te środki, z wyjątkiem bezwodnika kwasu węglowego, stosujemy dożylnie, używając czasami jako ciała rozprowadzającego 20% roztworu cukru gronowego, w ilości nie większej, niż 20 cm³.

Podawanie *bezwodnika kwasu węglowego* pobudza wybitnie nie tylko ośrodek oddechowy, ale również i naczynioruchowy, a więc przyczynia się znakomicie do pobudzenia napięcia naczyń, szczególnie żylnych. Poza tym pośrednio, przez ruchy przepony, ułatwia opróżnianie zalegającej krwi z wątroby i śledziony, przez co ułatwia się prawidłowe rozmieszczenie krwi w ustroju.

Ilość bezwodnika podawanego do oddychania okresowo nie powinna przekraczać 15%, a przy podawaniu w ciągu dłuższego czasu 5% powietrza wdychanego.

Działania farmakologicznego dalszych środków pobudzających nie będziemy szczegółowo omawiać, przypomnieć jednak należy, że działanie *kofeiny* pobudzające lub zwiększające pobudliwość ośrodka naczynioruchowego i wzmagające siłę skurczów mięśnia sercowego, objawia się w omawianych stanach wyraźnie po dożylnym wstrzyknięciu dawki jednorazowej, nie mniejszej, niż 0.5.

Strychnina, którą wstrzykujemy razem z kofeiną, podnosi przez swoje działanie obwodowe wartość takiej mieszanki. Pamiętać należy jednak, że strychnina gromadzi się w pewnej mierze w ustroju, nie można więc bezkrytycznie powtarzać jej wstrzykiwań. Środki usypiające znoszą wprawdzie pobudzenie do skurczów, wywołane przez nadmiar strychniny, jednak po szybkim ustąpieniu uśpienia (np. evipan-natrium) może dojść do napadów skurczów. Strychninę podajemy więc nie częściej, niż 3 razy w ciągu doby w dawkach 0.002—0.003.

Koramina jest jednym z przetworów tzw. zastępczych kamfory, których działanie obejmuje głównie ośrodkowo narządy oddychania i krążenia. Jak wynika z prac Braamsa, Behrensa, Hildebrandta, Kiliana, Reichelta, Uhlemanna i wielu innych oraz z własnych naszych spostrzeżeń, działanie tego przetworu należy do najsilniej pobudzających ośrodki życiowe. Stosujemy ją poza tym jeszcze dlatego, że wedle Schoena, Ashera i Kiliana toksyczność (siła trująca) jej jest najmniejsza spomiędzy wszystkich tego rodzaju środków. Stąd wynika bardzo wielka rozciągliwość dawek (2—20 cm³ *pro dosi),* które łatwo dostosować bez obawy przedawkowania do poszczególnych przypadków, w zależności od stanu chorego.

Wedle niektórych autorów, istnieje antagonizm koraminy do środków usypiających, a między nimi zwłaszcza do *evipan-natrium,* dzięki któremu uważana ona bywa za środek „budzący". Według naszych spostrzeżeń, po podaniu koraminy stwierdza się stałe pogłębienie oddechu, poprawę tętna, a prócz tego czasami pewne pobudzenie ruchowe. Bezpośredniego i doraźnego, dosłownego budzenia z uśpienia nie spostrzegamy w przypadkach prawidłowo śpiących. Doświadczeń na zwierzętach, które rzeczywiście można doraźnie budzić, nie należy w całości przenosić na człowieka, choćby tylko dlatego, że zabiegi wykonywujemy na człowieku nie tylko uśpionym, ale i chorym.

Najwybitniejszy wynik „budzenia" uzyskujemy przez dodatek do koraminy ikoralu. Lek ten jest połączeniem dwóch zasad, z których jedna, wedle Kiliana, pobudza najsilniej i najdłużej ze wszystkich znanych środków ośrodek oddechowy, a druga pobudza zarówno ośrodkowo, jak obwodowo naczynia krwionośne i w mniejszym stopniu samo serce. We wszystkich ciężkich stanach zapadu naczyniowego stosujemy dodatek ikoralu do koraminy. Do wstrzykiwań dożylnych używamy (przy powolnym wstrzykiwaniu) nie więcej, niż 1 cm³ roztworu 5% (pół ampułki dużej), albo 1—2 ampułek roztworu 0.5% (ampułki dla dzieci). Ampułki duże podajemy najchętniej w kroplówce dożylnej, w ilości 1 amp. na 1—2 godziny, albo domięśniowo w postaci zapasu, z którego ustrój czerpie lek powoli, po przeminięciu działania dożylnego. Dużą skuteczność powyższej mieszanki spostrzegamy także w zamartwicach noworodków. Koramina w ilości 1 cm³ z ikoralem (0.5%) ½—1 cm³ wywołuje niewątpliwie częściej i wydatniej, aniżeli inne środki, pobudzenie oddychania i podtrzymanie krążenia. Pamiętać jednak należy, że ikoral podnosi wybitnie ciśnienie tętnicze, dlatego nie wolno go podawać w ostrej niewydolności i rozszerzeniu serca. W stanach tych, spostrzeganych po zabiegach, nie często ograniczamy się do podania średnich dawek kofeiny ze strychniną, a prócz tego musimy podawać środki sercowe, a więc naparstnicę lub w dużym niebezpieczeństwie strofantynę.

Wszystkie omówione tutaj leki podajemy chętnie w kroplówce dożylnej, gdyż uzyskujemy wtedy działanie dostatecznie silne, długotrwałe, a nigdy za gwałtowne.

Dawki do kroplówki obliczamy w stosunku do objętości płynu wlewanego w ciągu godziny. Początkowo kroplówkę nastawiamy na szybkość około 60 kropel w 1. minucie, po upływie paru godzin zmniejszamy ilość kropel na 30—40. Przy szybkości 60 kropel na minutę, słój litrowy zużywa się po upływie około 6 godzin. Można więc do niego dodać (na 1000 g soli fizjologicznej) około 30 cm³ koraminy, 2—3 ampułki ikoralu (5%), 1.5—3.0 kofeiny, 0.003 strychniny.

Kroplówkę pozostawiamy w stanach ostrych na okres 6—12 godzin, w przewlekłych do 3 dób.

W zapadzie przewlekłym i w powikłaniach po zabiegach, wywołujących zapad, stosujemy wszystkie powyższe środki z tym, że w zapaleniu płuc po zabiegu i w zakrzepach wlewania dożylne są przeciwwskazane. Przy zapaleniu płuc po zabiegach dodajemy do koraminy, ikoralu, kofeiny i strychniny jeszcze wapń i chininę *(Chinin-calcium).*

Postępowania w zakrzepach i zatorach płucnych, jak i sercowych, nie sposób w ramach niniejszej pracy omówić, choćby tylko najogólniej.

Wspomnieć wreszcie należy pokrótce o zaburzeniach krążenia u płodów w łonie matki, a więc o grożącej zamartwicy płodu. Trzeba tutaj oczywiście brać przede wszystkim pod uwagę powikłania porodowe, które mogą grozić zamartwicą i działać zależnie od tych powikłań. Ogólnie jednak biorąc, zawsze lepiej jest stosować dodatek koraminy z ikoralem do podawanych rodzącej leków zarówno odurzających (morfina i pokrewne), jak i usypiających (eter i inne uśpienia przed zabiegami), a z drugiej strony do środków wzmacniających skurcze macicy.

Dla zobrazowania powyższych wywodów przytaczam kilka ważniejszych przypadków:

I. Chora, lat 37, przywieziona w stanie bardzo ciężkim, z rozlanym ropnym zapaleniem otrzewnej po zbrodniczym spędzeniu płodu. Operowano natychmiast i usunięto macicę wraz z przydatkami, przy czym opróżniono częściowo rozłożony krwiak, wielkości dużego jabłka w przymaciczu lewym. Wysączkowano jamę brzuszną górą i dołem. Stan w czasie zabiegu ciężki, oddech powierzchowny, przerywany, tętno niemacalne. Zabieg wykonano prawie bez uśpienia. W czasie zabiegu wstrzyknięto domięśniowo (zapadnięte żyły) 5 cm³ koraminy, 2 cm³ ikoralu, 2.5 cm³ 20% kofeiny i 0.001 strychniny. Pod koniec zabiegu stan ciężki, tętno wyczuwalne, oddech równiejszy, głębszy. Zaraz po zabiegu

założono kroplówkę z wymienionymi środkami. Po kilku godzinach zdumiewająca poprawa krążenia i oddychania oraz stanu podmiotowego chorej tak, że może ona zupełnie świadomie i wyraźnie złożyć zeznania przez sędzią śledczym. Objawy otrzewnowe jednak stale wzrastają, po upływie kilkunastu godzin chora zamroczona w zapadzie. Po wstrzyknięciu do węża od kroplówki 10 cm³ koraminy i 1 cm³ ikoralu znowu poprawa, wręcz nie oczekiwana. Zwiększono dawki leków w kroplówce i zdołano chorą utrzymać przy życiu, mimo daleko posuniętych zmian w otrzewnej w ciągu 4 dób od zabiegu.

Podobnych przypadków, zakończonych jednak szczęśliwie, przy mniejszych, choć też poważnych spustoszeniach w jamie brzusznej, spostrzegaliśmy kilkanaście.

II. Chora, lat 27, przywieziona w toku porodu. Stwierdzono olbrzymie zmiany krzywicze kręgosłupa, klatki piersiowej i miednicy, niedomogę krążenia z rozszerzeniem serca, powiększeniem wątroby, obrzękami kończyn, sinicą oraz grożące pęknięcie macicy. Po wstrzyknięciu dożylnym kofeiny ze strychniną oraz koraminy ze strofantyną wykonano cięcie cesarskie, które chora zniosła nadspodziewanie dobrze. Zabieg wykonano w znieczuleniu miejscowym perkainą (2:1000) z dodatkiem 4 cm³ *evipan-natrium*. W przebiegu zabiegu udało się nam zwalczyć zarówno niedomogę krążenia, jak i nie dopuścić do zapalenia płuc, które w tym przypadku musiałoby się skończyć śmiertelnie. Podawano 4 razy na dobę po 5 cm³ koraminy z 2 ampułkami dziecinnymi ikoralu i 0.5 kofeiny. Ponadto 2 razy dziennie po 10 cm³ *chinin-calcium* i 0.001 strychniny.

III. Poród niedonoszonych trojaczków (wagi 1500, 1600 i 1800 g) w stanie silnej zamartwicy. Noworodki zaczęły oddychać po wstrzyknięciu 1 amp. dziecięcej ikoralu i 1 cm³ koraminy. Następnie jednak oddychały znowu powierzchownie, słabo, a poza tym ssały i połykały niechętnie i z trudem. W ciągu pierwszej doby wstrzykiwano im co 4 godziny po 0.5 ampułki małej ikoralu i 0.5 koraminy i uzyskiwano wyraźną poprawę oddechu, tętna i ogólnej żywotności. W ciągu następnych 5 dni podawano oseskom również co 4 godziny po 10 kropel koraminy i pół ampułki ikoralu doustnie w rozcieńczeniu herbatą, co także poprawiało stan osesków. Trojaczki wyszły do domu w doskonałym stanie.

Zbierając, co powyżej powiedziano, stwierdzamy, że możność podtrzymania krążenia i oddychania w ciągu kilkudziesięciu godzin w stanach beznadziejnych dowodzi, iż w przypadkach mniej rozpaczliwych zdołamy tymi sposobami zwalczyć niedomogę krążenia. Niewątpliwie więc opisanym tutaj postępowaniem potrafimy uratować niejedno młode życie w przypadku chwilowego, ale częstokroć bardzo niebezpiecznego zapadu po zabiegu.

Sprawozdania i korespondencje

Dr Maksymilian BLASSBERG Kraków

Pierwsza Polska Wystawa Szpitalnictwa w Warszawie

Wystawa ta powstała z inicjatywy Polskiego Towarzystwa Szpitalnictwa w Warszawie, którego prezesem jest dr Konrad Orzechowski. Podstawowym celem tego Towarzystwa jest podniesienie poziomu i rozwoju szpitalnictwa. Protektorem Wystawy był premier dr Sławoj-Składkowski. Na całość złożyły się czynniki zarówno państwowe, jak i samorządowe, zarówno armia, jak i społeczeństwo. Według generała Rouppert a, Szefa Wojskowej Służby Zdrowia i Departamentu Zdrowia, szpitalnictwo odgrywa pierwszorzędną rolę w obronności kraju, bo szpitale stanowią podczas wojny stałe ośrodki lecznicze na drogach ewakuacji, w których chory szybko i w najlepszych warunkach otrzymuje pomoc lekarską. Ponieważ szpitale przywracają zdolność bojową żołnierzom, stają się one stałym źródłem uzupełnień armii. Dlatego też znaczenie szpitalnictwa dla obronności kraju określił marszałek Foch w znanym zdaniu: „wygrałem wojnę rannymi".

Zagadnienie i pojęcie „szpitalnictwa" w swojej celowości jest bardzo skomplikowane i od początku swego istnienia bardzo się rozwinęło. Szpitalnictwo obejmuje w sobie olbrzymi splot zagadnień, a mianowicie: zdrowie ludności, pogotowie na wypadek wojny, znaczenie społeczno-wychowawcze, postęp w metodach lecznictwa, przygotowanie kadr młodych lekarzy, a nadto dodatkowo i pośrednio budownictwo, wyposażenie i związany z tym rozwój przemysłu, a tym samym zmniejszenie bezrobocia. Celem Wystawy Szpitalnictwa było dążenie do podniesienia ilości i jakości szpitali, spopularyzowanie słowa „Szpital" w jak najszerszych masach, aby się nauczono odróżniać szpital od przytułku i poznano rolę, jaką odgrywa dzisiejszy szpital w walce z gruźlicą, rakiem, chorobami wenerycznymi i innymi plagami ludzkości. Był to przegląd przemysłu krajowego celem wyparcia przemysłu zagranicznego i uniezależnienia się od niego. Wystawa ta ma być zaczątkiem wielkiej Polskiej Wystawy Zdrowia, która jest projektowana w Warszawie w roku 1943. Miała ona trwać od dnia 10. IX. do dnia 2. X. 1938 r., lecz czas jej trwania przedłużono o tydzień. Otwartą była codziennie od 10 rano do 8 wieczór, a mieściła się w nowo budującym się gmachu w Warszawie, na rogu Alei Niepodległości i ulicy 6. Sierpnia, należącym do kompleksu Szpitali Wojskowych, imienia Marszałka Piłsudskiego. Olbrzymi ten kompleks budynków 8-piętrowych, zajmujący, jak się zdaje, przestrzeń prawie tak wielką, jak połowa Rynku Krakowskiego, ma podobno objąć i zjednoczyć wszystkie dotychczasowe szpitale wojskowe, tj. im. Piłsudskiego, Ujazdowski i inne. Wystawa wypełniała 3 piętra, sutereny i dziedziniec tego gmachu. Bardzo cennym przewodnikiem po Wystawie był katalog, wydany przez Zarząd Wystawy, a bardzo starannie i przeglądowo zestawiony i opracowany przez Lindenberga. Z katalogu tego dużo korzystałem, a często przytaczałem dosłownie wiadomości lub uzupełniałem moje notatki, poczynione na Wystawie. Katalog rozpoczyna się listą osób, stanowiących Protektorat, Komitet honorowy i organizacyjny oraz Zarząd Wystawy. Dalej jest autograf dra Orzechowskiego i uwagi generała dra Rupperta. W dalszym ciągu zawiera króciutkie publikacje, dotyczące celu Wystawy (Miszewski), dziejów szpitalnictwa (Krasuski), nowoczesnego budownictwa szpitalnego (Borawski i inż. H.), chirurgii urazowej, szpitalnictwa urazowego i ratownictwa (Sokołowski, Ciszkiewicz, Dzierżkowski), aptekarstwa i przemysłu farmaceutycznego (Filipowicz i Otolski). Druga część katalogu obejmuje wykaz szpitali w Polsce, zestawiony według województw, abecadłowo, z podaniem powiatu, miejscowości, rodzaju, nazwy i ilości łóżek. Zamieszczono ponadto szczegółowy dział opisu bardzo licznych poszczególnych szpitali i lecznic, z bardzo dobrymi ilustracjami i bardzo dokładnymi informacjami. Dalej następuje właściwy przewodnik po Wystawie, ułożony według kierunku zwiedzania oraz plany orientacyjne. W końcu ogłoszenia, alfabetyczny i branżowy spis wystawców oraz dostawców do szpitali.

Parter

Nad eksponatami umieszczone są liczne, piękne, mniej lub więcej znane sentencje, jak: „U łoża chorego wiedza z filantropią podają sobie ręce", albo zdanie J. Ochorowicza: „W przyczynach drobnych szukajcie objaśnienia kwestyj najwyższych", albo A. Munthego: „Wiedzę możemy przejmować od innych, lecz mądrości musimy nauczyć się sami". Nadto widzimy wizerunki zasłużonych działaczy na polu szpitalnictwa, między innymi: Dunina, Chałubińskiego, Krzyształowicza, Dietla i innych oraz rzeźbę Wittiga, będącą modelem pomnika Żołnierza Służby Zdrowia. W parterze mieszczą się 3 sekcje, mianowicie: a) naukowo-dydaktyczna, b) sekcja budownictwa szpitali, c) wyposażenie i urządzenia szpitalne.

A) *Sekcja naukowo-dydaktyczna.* Sekcja ta obrazuje rozwój szpitalnictwa, które początkowo nosiło charakter przytułków, po czym szpitale stały się zakładami leczniczymi, a w dalszym, obecnym rozwoju, łączą coraz ściślej swoją działalność ze służbą zdrowia i uwzględniają pracę społeczną i akcję zapobiegawczą. Z dziejów szpitalnictwa w Polsce wiadomo, że Polska była zawsze oparta o Kościół Rzymski i wraz z przejętymi od Kościoła instytucjami przejęła także szpitale, które pierwotnie były przytułkami, w których obok ubogich, podróżnych i wszelkiego rodzaju opuszczonych, znajdowali także chorzy przytułek. Szpitale zakładano przy klasztorach, a chorych obsługiwali mnisi. Swój byt materialny opierały one na hojności królów i biskupów, którzy nadawali szpitalom dochody ze swoich dóbr. Pierwszy szpital został założony w Poznaniu w XII wieku przez Zakon św. Jana Jerozolimskiego. Kanonicy, regularni stróże Grobu Świętego, zwani „Bożogrobcami" lub „Miechowitami" mieli szpitale w Kole, w Pyzdrach, Żarnowcu i w Krakowie. Zakonnicy św. Ducha, zwani „Duchakami" przybyli do Polski na schyłku XII—XIII wieku i mieli szpitale w Krakowie, Sandomierzu, Poznaniu, Kaliszu, Uniejowie, Sławkowie i Lwowie. Szpitale ich mieściły się w obrębie miast, zwykle na końcu miasta nad wodą bieżącą, a w pośrodku budynków mieścił się kościół lub kaplica. Budynki szpitalne budowano zrazu z drzewa, a dopiero później zaczęto wznosić budynki murowane. Na czele szpitala stał mnich *„hospitalarius"*, który zajmował się administracją szpitala. W XIII wieku zostali „Krzyżacy gwiaździści" sprowadzeni z Palestyny do Czech i mieli liczne szpitale na Śląsku oraz w Inowrocławiu i Brześciu Ku-

jawskim. Podczas gdy do XIII wieku szpitale były całkowicie pod władzą klasztorów, to w XIII wieku w Niemczech, a w XIV wieku w Polsce, zaczęły one przechodzić pod zarząd władz miejskich, a na czele ich stali „Prowizorowie szpitalni", wybierani z grona radnych miast, którzy zajmowali się administracją szpitali. W XVI wieku powstało Zgromadzenie Braci Miłosierdzia, zwanych „Bonifratrami". Osiedli oni w r. 1609 w Krakowie i tu powstał ich „Szpital Bonifratrów". Z czasem Bonifratrzy mieli szpitale w Zebrzydowicach, Łowiczu, Łucku, Lublinie, Lwowie, Przemyślu i Warszawie. Od początku XVII wieku w Polsce biskupi objęli władzę nad szpitalami. W XVII wieku powstał Zakon Sióstr Miłosierdzia zwanych „Szarytkami", założony przez św. Wincentego à Paulo. Te Siostry Miłosierdzia sprowadziła do Polski Maria Ludwika, żona Władysława IV. Poza szpitalami-przytułkami były w Polsce szpitale specjalne o znaczeniu raczej odosobnienia. Takie były szpitale dla „zapowietrzonych" w czasie epidemii dżumy i duru plamistego. W XIV i XV wieku były w Polsce „leprozoria" dla trędowatych w Głogowie na Śląsku, w Słupczy, w Opocznie, Krakowie, Poznaniu i Lwowie. W XVI wieku zakładano specjalne szpitale dla chorych na kiłę i obłąkanych. W szpitalach do XVI wieku lekarzy nie było. Od XVI wieku nieśli pomoc cyrulicy. Dopiero od XVII wieku są w aktach wzmianki o lekarzach, lecz ani lekarze, ani cyrulicy nie stanowili stałego personelu szpitalnego, bo szpital był tylko przytułkiem. Lekarze zjawiali się w szpitalu tylko na wezwanie do niektórych chorych albo za indywidualną opłatą od chorych, albo za opłatą, umówioną z zarządem szpitala, albo wreszcie darmo, z miłosierdzia. Organizacja szpitalnictwa w Polsce zaczęła się tworzyć od połowy XVIII wieku. W r. 1758 Król August III uczynił nowo zbudowany Szpital Dzieciątka Jezus w Warszawie szpitalem „generalnym", uposażonym z funduszów państwowych, któremu administracyjnie miały podlegać inne szpitale stolicy. Ludzie odznaczeni orderami musieli wpłacać pewne sumy na szpital. W roku 1768 powstały „Komisje Dobrego Porządku", a od roku 1791 „Komisja Policji" objęła pieczę nad szpitalami i ona to oddzieliła zdrowych od chorych, oddała szpitale wyłącznie dla użytku chorych i powierzyła szpitale fachowej opiece lekarskiej. W okresie Księstwa Warszawskiego szpitale znajdowały się pod opieką „Rady Ogólnej Opiekuńczej Zakładów Dobroczynnych", a stroną organizacyjną lecznictwa w szpitalach zajmowała się „Rada Lekarska", która odbierała sprawozdania szpitalne, a w czasach Królestwa Kongresowego zaprowadziła rewizje szpitali co 2 lata. Godny uwagi szczegół historyczny warto przypomnieć, że jeszcze w okresie Rzeczypospolitej Krakowskiej, jej protomedyk Józef J a k u b o w s k i głosił hasła, które daleko później dopiero na Zachodzie zrealizowała medycyna społeczna, mianowicie żądał upaństwowienia szpitali dla umysłowo chorych i powierzenia tych chorych opiece państwa.

Szpitale organizowane w Polsce nosiły charakter wyznaniowy a ku końcowi XVIII wieku powstały w Warszawie szpitale innych wyznań. W roku 1760 gmina ewangelicka w Warszawie założyła zaczątek szpitala, który stale się rozwijał i w roku 1736 miał stałą opiekę lekarską. Szpital Żydowski w Warszawie powstał po upadku Państwa Polskiego w r. 1799. Natomiast w Krakowie wzmianki o żydowskich szpitalach znajduje się w roku 1469, w którym zostały przeniesione z okolicy dzisiejszej Biblioteki Jagiellońskiej i Collegium Physicum na ulicę obecną św. Tomasza, wówczas zwaną „Szpiglarską" a potem „Żydowską". W roku 1808 bractwo „Bikur Cholim" stworzyło szpital na 10 łóżek w Krakowie na Podbrzeżu, a obecny „Szpital Izraelitów" na Skawińskiej podlegał wprzód Senatowi Rządzącemu Miasta Krakowa i zwał się „Szpital Starozakonnych Obwodu Kazimierskiego" a w r. 1855 przeszedł na wyłączny etat Gminy Wyznaniowej.

Polskie szpitalnictwo rozpoczęło się, jak wspomniałem, ufundowaniem szeregu szpitali przez zakony jeszcze w XII wieku, a w czasach Niepodległej Rzeczypospolitej Polska nie ustępowała pod względem szpitalnictwa Zachodowi. Lecz od czasów odzyskania wolności zaznacza się bardzo mała ilość łóżek szpitalnych, mimo szybkiego rozwoju szpitalnictwa, a to z powodu dużego przyrostu ludności. Po odzyskaniu niepodległości liczba łóżek wzrosła z 41.000 na 52.500, albo, jeżeli doliczyć łóżka psychiatryczne i sanatoryjne przeciwgruźlicze na 75.000. Tymczasem powinno się liczyć po 2 łóżka na 1.000 mieszkańców wsi i 5 w mieście, a wówczas zamiast 52.000 powinno być około 90.000 łóżek, czyli brakuje 40.000 łóżek. Istnieje 29 powiatów nie posiadających żadnych szpitali. Rozmieszczenie szpitali w Polsce było uwidocznione na dużej mapie świetlnej. Psychiatria i gruźlica były wyodrębnione i znajdowały się w 2 oddzielnych salach. Łóżek psychiatrycznych jest w Polsce 16.700, a ponieważ powinno się liczyć 1 łóżko na 1.000 mieszkańców, wynika z tego, że Polska powinna mieć 2 razy tyle łóżek, ile posiada. Natomiast bardzo pomyślnie rozwija się w Polsce opieka pozazakładowa nad umysłowo chorymi. W pawilonie psychiatrycznym znajdował się duży, wpadający w oczy napis, głoszący, że „Odczuwa się duży brak psychiatrów w Polsce". Walka z gruźlicą przedstawia się nieco lepiej, bo liczba łóżek wybitnie się pomnożyła. Ale potrzeby w tej dziedzinie są jeszcze bardzo duże.

B) *Sekcja budownictwa szpitali.* Na wstępie widzimy model i schemat „urządzenia do upodobniania powietrza miejskiego do górskiego" według pomysłu P. Prezydenta R. P. Prof. Dra I. M o ś c i c k i e g o.

Nowoczesne budownictwo szpitalne przeżywa swój renesans, bo stało się specjalnym działem sztuki architektonicznej i przedmiotem specjalnych badań i analiz naukowych. Po ostatniej wojnie nastąpiła silna rozbudowa szpitali we wszystkich krajach. W r. 1929 został po raz pierwszy zwołany do Ameryki I Międzynarodowy Kongres Szpitalnictwa i co 2 lata są zwoływane takie kongresy. Poza tym w r. 1931 powstało Międzynarodowe Towarzystwo Szpitalnictwa, utworzono kilkadziesiąt naukowych stałych komisji fachowych, złożonych z reprezentantów 18 państw, przystąpiono do wydawania specjalnego kwartalnika „Nosokomeion", redagowanego w 6 językach (z tych jeden polski), założono w Stuttgarcie bibliotekę-wypożyczalnię wydawnictw z dziedziny szpitalnictwa całego świata, na wzór istniejącej w Chicago. W wielu państwach założono Towarzystwa Szpitalnictwa, których działalność polega na współpracy lekarzy, architektów, pielęgniarek, administratorów, instalatorów urządzeń i innych. Sprawa budownictwa szpitalnego przedstawia się źle, bo brak wyspecjalizowanych inżynierów, brak piśmiennictwa fachowego i brak zrozumienia dla roli szpitala spowodowały bardzo niski poziom budownictwa szpitalnego, a dobre przykłady budownictwa są tylko następstwem szczęśliwej inwencji autora, a rzadko kiedy dziełem i wynikiem logicznego i naukowo przemyślanego w każdym szczególe rozwiązania. Zmodernizowanie budownictwa szpitalnego dąży do stworzenia nowych warunków, opartych na tym fakcie, że budownictwo szpitalne stanowi gałąź odrębną i trudną do opanowania, a to tym bardziej, że się szybko modernizuje tak, jak szybkim i zmiennym w poglądach jest postęp medycyny i samych lekarzy. Budownictwo szpitalne jest ponadto najodpowiedzialniejszym, bo jest przeznaczone dla tysięcy istot ludzkich, walczących o swe zdrowie i życie. Studia nad racjonalnym budownictwem szpitalnym, przeprowadzone w wielu państwach, wykazały, że dotychczasowe kształtowanie budynku szpitalnego oraz niecelowe szafowanie powierzchnią lub wysokością pomieszczeń było ogromne. Dopiero wprowadzenie nowych metod obliczeniowych przy ocenie projektu, badanie dróg komunikacyjnych, wprowadzenie należytego podziału szpitali na grupy pod względem wyposażenia itp. studia wykazały, że oszczędności w ten sposób osiągnięte mogą dochodzić nawet do 20% dotychczasowego kosztu budowli, to znaczy, że np. w Polsce piątą część szpitali, tj. 14.000 łóżek można by mieć za darmo przy zastosowaniu nowoczesnych zasad racjonalnych budownictwa szpitalnego. Także i w szpitalnictwie znalazło wyraz podniesienie poziomu budownictwa przez nowe sposoby budowy i przez wprowadzenie nowych, nieużywanych dotąd materiałów. Przede wszystkim dotyczy to modnego stosowania stali do wykonywania konstrukcji i wyposażenia wnętrza budynków oraz wszelkiego rodzaju pomieszczeń służących do celów leczniczych. Rozpowszechnił się szkielet stalowy, jako konstrukcja nośna budynków szpitalnych i sanitarnych. Możność użycia stali jako materiału konstrukcyjnego ułatwia wykonanie dużych, piętrowych tarasów, racjonalne projektowanie przewietrzania i nasłonecznienia poszczególnych pomieszczeń, przez stosowanie bardzo dużych otworów okiennych i nieskrępowane wykorzystanie płaszczyzn ściennych w tym celu. Szkielet stalowy umożliwia swobodne urządzanie wnętrza, lekkie i estetyczne ścianki działowe, wykonane ze szkła i stali, można ustawiać dowolnie w miarę wyłaniających się potrzeb. Okna i drzwi wykonuje się w nowoczesnych szpitalach prawie wyłącznie ze stali, a to ze względu na ich szczelność, łatwość otwierania i zamykania, oraz nieuleganie wpływom wilgoci. Ze względu na łatwość utrzymania czystości wykonuje się ze stali wszelkie uchwyty przy drzwiach i oknach. Umeblowanie nowoczesnych lecznic składa się wyłącznie z mebli stalowych zarówno w pokojach dla chorych, jak w salach operacyjnych, pokojach ordynacyjnych, poczekalniach, pokojach dla służby oraz we wszystkich innych ubikacjach. Stalowy przemysł meblarski, dotyczący urządzenia sal operacyjnych i pokoi ordynacyjnych wielce się wyspecjalizował, ponieważ tu higiena i stal stanowią nierozłączne pojęcie. Ze stali sporządza się wszelkie stoliki, szafki, lampy, stojaki, sterylizatory, naczynia i zbiorniki. Dużą zaletę

wszystkich sprzętów stalowych stanowi ich lekkość, prostota, umożliwiająca utrzymanie ich w wielkiej czystości, łatwość manipulowania nimi i przewożenia z miejsca na miejsce, a w końcu możność częstej dezynfekcji bez szkody dla ich wyglądu zewnętrznego. Również rozpowszechniona jest stal w produkcji narzędzi leczniczych i chirurgicznych.

W Polsce renesans budownictwa szpitalnego jest dopiero w zaczątkach, w porównaniu z innymi krajami, spośród których dziś w budowie nowoczesnych szpitali i lecznic przodują Włochy i Francja. Dział budownictwa szpitalnego na wystawie był rozmieszczony w 5 salach. Naprzód plany, widoki, modele i wykresy, ilustrujące stan budownictwa szpitalnego w Polsce oraz nowe szpitale i sanatoria z ostatniego 20-lecia i kilka projektów przeznaczonych do budowy. Dalej szły plansze, ilustrujące współczesne poglądy na prawidłowe kształtowanie całości szpitala oraz jego części składowych, o organizacji i rozplanowaniu szpitala, pomieszczeniu sal chorych, obserwacje i separatki dla chorych zakaźnych, o części operacyjnej, dziale Roentgena, kuchni, pralni itp. Dalej umieszczono fragmenty naukowe i propozycje schematycznego układu szpitala zakaźnego i tablic analitycznych, stosunku łóżka do budynku szpitalnego i urządzeń sanitarnych. W innych salach były obrazy, cyfry, plany, fotografie i projekty 23 szpitali ogólnych, zakaźnych i dziecięcych, 5 sanatoriów gruźliczych i 4 zakładów psychiatrycznych, a w końcu wytyczne, wskazujące racjonalną rozbudowę szpitalnictwa w Polsce i szereg modeli, ilustrujących tzw. „wizję przyszłości".

C) *Dział wyposażeń i urządzeń szpitalnych* stanowił ostatni dział na parterze wystawy. Stanowiły go różne narzędzia, sterylizatory, dział gospodarczy (pralnie, kuchnie, łazienki, tusze itp.), dział optyczny, stoły operacyjne, lodownie, przybory, poduszki, materace itp. Z całego szeregu stoisk najrozmaitszych firm, był, między innymi, interesujący przemysł włosiany, z najrozmaitszymi materacami i poduszkami włosianymi, dziwnie i przyjemnie miękkimi. Również bardzo interesujący był patentowany w Polsce, wedle licencji francuskiej, „Piastopil", tj. specjalna guma korkowa, mięciutka, nie deformująca się przy nierównym obciążeniu i nie tracąca sprężystości, dająca się myć i dezynfekować, używana do wyrobów materacy na łóżka, leżaki i na wózki do przewożenia chorych oraz na krążki, pierścienie, wałki, kliny itp. Wyroby gumowe tego typu podobno za granicą zastąpiły zupełnie wyściółkę tapicerską. Bardzo interesujące było stoisko mikroskopów, czysto polskiego wyrobu w cenach od 300—2.000 złotych. Zagraniczna fabryka L e i t z a, reprezentowana jest w Polsce przez C e g i e l s k i e g o a Z e i s s a przez L e ś n i e w s k i e g o. Bardzo interesujący jest przyrząd L e i t z a zwany „Panphotem" o doskonałej konstrukcji. Jest to mikroskop do badań naukowych, mający aparat makrofotograficzny i mikrofotograficzny, umożliwiający projekcję obrazów mikroskopowych przed aparatem powiększającym fotografie. Umożliwia on zdjęcia seryjne mikrokinowe, może być połączony z urządzeniem, robiącym mikrofotograficzne zdjęcia przeglądowe większych przedmiotów i mierzenia światłometryczne. W przyrządzie tym mogą być robione badania w zwykłym świetle przechodzącym i w świetle padającym, może być użyta obserwacja binokularna, rysowanie obrazów mikroskopowych i urządzenie tzw. „Eintaucheinrichtung", umożliwiające bezpośrednie badanie z zanurzeniem w głąb tkanek lub w kale. Inny przyrząd „Diabetometr" jest nowym ulepszonym polarymetrem, w którego wnętrzu ukazuje się trójkątny klin, jeżeli obie połowy barwne nie są wyrównane. Klin ten przez swe znikanie wskazuje moment odczytania. Rura stoi pionowo, do użycia przy świetle dziennym i lampie. Na tarczy przed rurą odczytuje się wprost procent cukru, bez Noniusza. Diabetometr kosztuje 330 zł (C e g i e l s k i).

I piętro

D) *Aptekarstwo i zielarstwo*. Aptekarstwo polskie pod zaborami żyło w 3 państwach i miało różne ustawodawstwa i lekospisy, niejednakowy poziom wykształcenia farmaceutycznego i najprzeróżniejsze warunki ekonomiczne. Po ustąpieniu zaborców zaszły zmiany o tyle, że wykształcenie zawodowe się podniosło, ale aptekarstwo uległo pauperyzacji. Reforma wykształcenia farmaceutycznego szła etapami: naprzód wprowadzono jako minimalny cenzus maturę z językiem łacińskim, utworzono wydziały farmaceutyczne na uniwersytetach, rozszerzono w roku 1929 studia do lat 4, a w końcu utworzono samodzielny Wydział Farmaceutyczny w Warszawie. Uniwersytety w Polsce wypuszczają corocznie około 200 magistrów lub doktorów farmacji. Ustawodawstwo aptekarstwa polskiego nie jest jeszcze uregulowane. Ostatnio ustawę aptekarską podzielono na 3 części, z których pierwsza, tj. Ustawa o wykonywaniu zawodu aptekarskiego przeszła już przez Sejm i Senat i została ogłoszona w Dzienniku Ustaw. Druga część, tj. Ustawa o Izbach Aptekarskich była w Sejmie przed jego rozwiązaniem. Natomiast trzecia część, tj. Ustawa o aptekach napotkała na znaczną rozbieżność zdań i czeka na swe ustalenie w przyszłości. Wielkim krokiem naprzód w życiu aptekarstwa było wydanie w roku 1937 Farmakopei Polskiej, która usunęła chaos, jaki panował w tej dziedzinie. Co się tyczy przemysłu farmaceutycznego, produkującego chemikalia o charakterze syntetycznym, to zaznaczył się on dopiero w parę lat po zakończeniu wojny polsko-bolszewickiej, ale jest już obecnie znacznie rozwinięty. Przed wojną europejską polski przemysł farmaceutyczny w byłym zaborze rosyjskim eksportował pewną część swoich wytworów w głąb Imperium Rosyjskiego. W byłym zaborze niemieckim na ziemiach polskich, przemysł farmaceutyczny nie istniał wcale, a w byłym zaborze austriackim również posiłkowano się tylko lekami wytwarzanymi w Niemczech. W 6. dziesiątku ubiegłego stulecia istniało przy aptece W e r n e r a w Warszawie laboratorium, które wytwarzało przetwory i chemikalia farmaceutyczne i dostarczało ich do innych aptek. Laboratorium to aptekarz R u t k o w s k i rozwinął znacznie i przekształcił na fabrykę, istniejącą obecnie pod firmą *„Motor"*. W tym samym mniej więcej czasie przy aptece K a r p i ń s k i e g o w Warszawie rozwijało działalność przemysłową laboratorium, które miało od początku powstania kierunek specyfikowy, będący wówczas zupełną nowością. Potem przekształciło się we fabrykę *„Karpiński"*. Od roku 1823 datuje się istnienie fabryki aptekarza S p i e s s a w Tarchominie pod Warszawą, obecnie największej w Polsce, produkującej artykuły farmaceutyczne i drogeryjne. W późniejszym czasie laboratorium apteki K l a w e g o przekształciło się w jedną z większych fabryk farmaceutycznych. Te cztery firmy tworzą wraz z kilkoma innymi Grupę Farmaceutyczną Związku Przemysłu Chemicznego R. P. Według opinii poważnych znawców, ilość i jakość produktów krajowego przemysłu farmaceutycznego jest wystarczająca dla potrzeb rynku krajowego. W eksponatach Wystawy widzimy „Wiadomości Zielarskie", miesięcznik, oficjalny organ Polskiego Komitetu Zielarskiego, który rozwija bardzo energiczną i owocną działalność. Prześliczne były, bardzo bogate i staranne zbiory Polskiego Komitetu Zielarskiego, na których można by znakomicie uczyć się farmakognozji. Dalej szło wnętrze izby ekspedycyjnej i receptura, laboratorium analityczne i laboratorium farmaceutyczne apteki. Dioramy i tablice rozmieszczenia aptek w Państwie pt.: „Apteka w służbie zdrowia publicznego". Przedstawiono wytwory towarzystw farmaceutycznych i oddziałów farmaceutycznych na uniwersytetach, organizacje i wydawnictwa farmaceutyczne. Wystawiały firmy farmaceutyczne: B u k o w s k i, G e s s n e r, W o l s k i, O m e g a (strzykawki), M a l i n o w s k i i w. in.

E) *Dalszy ciąg firm farmaceutycznych obejmuje surowice i szczepionki*. Wśród firm wystawiających są: *Polski Zakład Higieny, Krakowskie Zakłady Wyrobu Surowic i Szczepionek* prof. B u j w i d a, należące do najstarszych w Polsce, a nawet w Europie i dobrze znane w świecie, dalej *„Serovac", „Chemergon", „Boryszew", Dr Wenda, Spiess, Motor, Gąsecki, Nasierowski, Karpiński, Klawe, „Pionier"* i wiele innych.

F) *Dział Aparatów i Przyrządów Elektromedycznych i narzędzi chirurgicznych*. Stoiska firm: *„Rentgen-Meta", „Elektrosan", „Metalix", Alfons Mann S. A., Makowski, H. Amber, K. Szpotański i inni.*

II piętro — Ratownictwo i Pielęgniarstwo

G) Główny przedmiot Wystawy na II piętrze stanowi *Czerwony Krzyż*. Główne zadanie Czerwonego Krzyża polega na współpracy z władzami w organizowaniu ratownictwa i lecznictwa, w organizowaniu, szkoleniu i zaopatrywaniu organów ratowniczych sanitarnych i leczniczych oraz na braniu udziału w pokrywaniu kosztów przygotowań ratownictwa i lecznictwa sanitarnego, obrony przeciwlotniczej i przeciwgazowej. Na Wystawie wykresy, modele, statystyki, eksponaty i fotografie dają pojęcie o działalności w dziedzinie ratowniczo-sanitarnej Zarządu Głównego i Okręgów P. C. K. Zwłaszcza podkreśla się ważność mapy sieci posterunków drogowych, przeważnie w Małopolsce zorganizowanych, która wykazuje, że PCK. posiada w kraju 984 posterunków drogowych i że wyszkolił 1.532 drożników, którzy w roku 1937 udzielili pierwszej pomocy w 5.078 wypadkach na drogach. Ponadto PCK. ma 5 szpitali, 3 sanatoria, 36 lecznic i ambulatoriów, szereg ośrodków zdrowia, kolumn ratowniczych, poradni przychodnich, stacji opieki nad matką i dzieckiem itp. Samochodami PCK. rocznie przewozi się do szpitali i lecznic 12.000 chorych. Bardzo cenne były eksponaty z pielęgniarstwa i lotnictwa sanitarnego. *Centralny Instytut dla Przetaczania Krwi*

Polskiego Czerwonego Krzyża dostarcza krwi (grupa O) do przetoczeń, a nawet dawców w Warszawie i na prowincję, których spis i kontrolę prowadzi, przedstawia statystykę przetoczeń, karty i druki ewidencyjne oraz przepisy, jak przyrządy do przetoczeń i całkowite przenośne zastawy do przetaczania. Dalej demonstrowano 5 typów apteczek PCK., a mianowicie: domową, wycieczkową, samochodową, autobusową, drogową. Również były wystawione popularne wydawnictwa PCK., a niektóre bardzo popularne dla pogotowia drożniczego i dla wsi.

Dalszy ciąg stanowiły eksponaty Instytutu Radowego im. Curie-Skłodowskiej, Kliniki Dermatologicznej prof. Grzybowskiego. Tu należy oryginalna wystawa *Warszawskiego Towarzystwa Pomocy Doraźnej, tj. Pogotowia Ratunkowego,* które wystawiło zbiory: 1) Ciał obcych usuniętych (drzazgi, gwoździe, igły, itp.). 2) Przedmiotów użytych do napadu (kamienie, łomy, itd.). 3) Przedmiotów użytych w celach samobójczych (powrozy, prześcieradła, krawaty itd.). 4) Statystyki wypadków. 5) Ofiary od niewdzięcznych chorych, korzystających z pomocy, znalezione w puszkach (guziki, fałszywe monety, blaszki, żarciki na kartkach itd.).

Ministerstwo Opieki Społecznej wystawiło eksponaty obrony przeciwlotniczej i przeciwgazowej i zobrazowało ratownictwo przeciwgazowe, przedstawiając organizację kursów, maski, apteczki, ruchome punkty ratowniczo-sanitarne i zastawy. Poza tym model punktu ratowniczo-sanitarnego, model oddziału szpitalnego, który jest specjalnie przygotowany do obrony przeciwlotniczej i przeciwgazowej, zabezpieczający wtargnięcie do wnętrza gazów trujących, co umożliwia prowadzenie w nim pracy w czasie napadu nieprzyjacielskiego, ale nadto wyposażony w odpowiednie urządzenia i aparaty niezbędne dla leczenia poważniejszych uszkodzeń, spowodowanych działaniem tych środków bojowych.

H) Obok eksponatów Czerwonego Krzyża i obok eksponatów Ministerstwa Opieki Społecznej, wystawiają na II piętrze *Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Ubezpieczalnie Społeczne.* W Polsce istnieją wszystkie rodzaje ubezpieczeń społecznych: na wypadek choroby, macierzyństwa, od wypadków i chorób zawodowych, ubezpieczalnie emerytalne i na wypadek braku pracy. Istnieją odrębne ubezpieczalnie emerytalne robotników i odrębne pracowników umysłowych, i podobnie ma się rzecz z ubezpieczeniem na wypadek braku pracy. Zadania ubezpieczeń społecznych są wielorakie. Mają one zapewnić opiekę nad światem pracy, a przez to związać go ściśle z Państwem. Dzięki świadczeniom ubezpieczeniowym chorzy niezdolni do pracy i bezrobotni, mając środki utrzymania, mogą korzystać z dóbr wytworzonych, przez co podnosi się poziom ogólnego spożycia i co w wyniku daje wielkie korzyści gospodarstwu społecznemu. Pracownik lepiej pracuje, gdy wie, że ma zapewnioną przyszłość, a wreszcie pomoc lecznicza ubezpieczeń społecznych polepsza ogólny stan zdrowotny kraju. W zestawieniu Polski z innymi krajami, ubezpieczenie od choroby, wypadku i emerytalne już prawie wszędzie zostało zrealizowane, natomiast Polska jest krajem mało uprzemysłowionym, wskutek czego liczba ubezpieczonych pracowników najemnych jest w stosunku do ogółu ludności niewielka. Jest to zrozumiałe, jeśli się zważy, że pracowników rolnych obejmuje w Polsce ubezpieczenie tylko częściowo. Dlatego mimo rozwoju ubezpieczeń społecznych Polska stoi na jednych z dalszych miejsc w Europie pod względem rozpowszechnienia tych ubezpieczeń. Np. przeciętna liczba ubezpieczonych na wypadek choroby wynosiła: w r. 1935 w Niemczech 29% ogółu ludności, w r. 1935 w Austrii 24%, w r. 1935 w Czechosłowacji 18%, w r. 1934 na Węgrzech 14%, a w r. 1936 w Polsce 6% ogółu ludności. Nieco większy jest procent ubezpieczonych od wypadków, ponieważ temu ubezpieczeniu podlega również duża część pracowników, zatrudnionych w rolnictwie. A więc podlega ubezpieczeniu od wypadków: w Niemczech 34% ogółu ludności, w Austrii 15%, a w Polsce 12%. W cyfrach przedstawia się ubezpieczenie społeczne w ten sposób, że w roku 1936 suma wkładek przypisanych za ubezpieczenia społeczne wynosiła 402 miliony zł, z czego wpłacili pracownicy 170 milionów, pracodawcy 218 milionów, a Skarb Państwa 14 milionów. Poza tym ponad 55 milionów osiągnęły ubezpieczenia jako dochód z ulokowanego majątku. Są to kwoty poważne, gdyż stanowią 1/5 część zwyczajnego budżetu Państwa. Co miesiąc wypłaca się ponad 500.000 rent, zaopatrzeń i zasiłków, co miesiąc otrzymują chorzy około 1,500.000 porad lekarskich i około 1,700.000 leków. Poza tym ubezpieczenia udzielają szereg świadczeń jednorazowych, powierzają ubezpieczonych leczeniu szpitalnemu i sanatoryjnemu i prowadzą walkę z wypadkami przy pracy. Jest stała skłonność i wysiłek dla zmniejszenia wydatków administracyjnych, które stanowią nieunikniony, ale nieproduktywny składnik rozchodów. Zredukowano je już bardzo znacznie poniżej poziomu roku 1934, kiedy wynosiły 41 milionów złotych. Ubezpieczenia społeczne stanowią system planowej walki z trudnościami życia i pracy, z jakimi borykać się musi człowiek pracujący i dlatego pozostaną one zawsze jednym z najważniejszych elementów zorganizowanego społeczeństwa. Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Ubezpieczalnie Społeczne przedstawiają też na Wystawie swój dorobek w dziale lecznictwa szpitalnego i sanatoryjnego. Dotyczy to okresu 1934—1938 po wprowadzeniu ustawy scaleniowej. Przedstawiony jest szereg szpitali własnych w 18 miastach, dalej sanatoriów dla płucno-chorych i uzdrowiskowych w 10 miejscowościach i kolonie lecznicze-szkolne w 6 miejscowościach. Ponadto demonstrowane były projekty rozbudowy na przyszłość sieci własnego lecznictwa szpitalnego i sanatoryjno-zdrojowego. Wszystkie powyższe eksponaty były przedstawione w bardzo licznych obrazach, modelach, w mapach terenowych, w planach orientacyjnych i sytuacyjnych, w fotografiach, tablicach statystycznych itp. Oprócz tego były wystawione na II piętrze: Państwowy Zakład dla Alkoholików i Narkomanów, Tow. Trzeźwość, Zakład Leczniczo-Wychowawczy im. Marszałka Piłsudskiego w Istebnej na Śląsku, Spółka Bracka w Tarnowskich Górach, Szpitale Małopolskie, Ewangelickie w Warszawie i w Łodzi, Pszczyńskie Bractwo Górnicze oraz Sanatoria: dla dzieci w Rabsztynie i w Busku Kieleckim, dla nerwowych w Kościanie, dla piersiowo chorych w Rudce. W końcu zobrazowana była służba zdrowia Polskich Kolei Państwowych.

I) Ponadto na II piętrze był *dział ogólny ze stoiskami różnych firm,* jak *Zdrojowiska Państwowe* (Krynica, Ciechocinek, Busk), Spółka Akcyjna *Sanok,* bardzo bogato reprezentowany przemysł ortopedyczny dra *Kuglera.* Firma *Philips* i ks. dyr. *Rękas* (Radio w Szpitalu), *Państwowe Zakłady Tele- i Radiotechniczne,* dalej przyrządy i drobne instrumenty kuchenne, wystawa książek lekarskich, urządzona przez warszawskie księgarnie i wiele innych.

III piętro

J) Głównym eksponatem III piętra było *Ministerstwo Spraw Wojskowych.* Zaraz na wstępie wita nas olbrzymia plastyczna fotografia zebrania z Marszałkiem Piłsudskim na czele i cytat pięknych Jego słów następujących:

„Odradzać duszę ludzką,
Zmienić człowieka,
Zrobić go lepszym,
Zrobić go wyższym,
Zrobić go potężniejszym i silniejszym
— To wasze zadanie!"

Z kolei były eksponaty z historii szpitalnictwa wojskowego, ilustracje z objaśnieniami, książki i wydawnictwa historyczne w bibliotekach oraz akty z dziejów szpitalnictwa Legionów. Dalej szły projekty, studia i fotografie wybudowanych, budujących się lub projektowanych szpitali, izb chorych i ośrodków zdrowia w następujących miejscowościach: Warszawa, Łódź, Otwock, Radom, Poznań, Busk, Katowice, Kraśnik, Truskawiec, Rabka i Krynica.

Eksponaty Kierownictwa Zaopatrzenia Sanitarnego cechowało przede wszystkim stosowanie lnu i produktów lnianych. Wystawiono lniane opatrunki, lnianą gazę, lnianą watę odtłuszczoną i szarą, opaski z lnianej gazy oraz torby podoficera i szeregowego z lnianego płótna. Dalej 4 plansze: a) produkty lnu, b) zużycie waty lnianej w wojskowej służbie zdrowia, c) zużycie gazy lnianej w wojskowej służbie zdrowia, d) światłolecznictwo, zwiększenie zaopatrzenia w dziale światłolecznictwa i rentgenologii w wojskowej służbie zdrowia. Nadto Kierownictwo Zaopatrzenia Sanitarnego wystawiło nosze, zestawienia odczynników do badania wody, zestawienie narzędzi do badań bakteriologicznych oraz aparacik laboratoryjny i niektóre dane, dotyczące produkcji jodu i bromu z solanki przyropnej.

Eksponaty Instytutu Chirurgii Urazowej (Traumatologii) w Warszawie, którego kierownikiem jest płk. dr Sokołowski, wypełniają 6 sal. Chirurgia urazowa, czyli traumatologia wysunęła się obecnie na czoło, jako jedno ze społecznych zagadnień współczesnego życia. Dawniej chirurgia urazów wywodziła się głównie z doświadczeń wojennych, obecnie chirurgia wojenna stała się jedną gałęzią traumatologii, bo życie współczesne stwarza wiele źródeł urazów i ich skutków, a poza chirurgią wojenną traumatologia obejmuje chirurgię sportu, chirurgię wypadków przy pracy, chirurgię wypadków komunikacyjnych itd. Ilość urazów na skutek wypadków obecnie tak znacz-

nie się wzmogła, że według obliczeń amerykańskich w Stanach Zjednoczonych ginie obecnie wskutek samych tylko urazów czaszki więcej w ciągu jednego roku, aniżeli zginęło żołnierzy amerykańskich podczas całego okresu, w jakim armia amerykańska brała udział w wojnie światowej. Ubezpieczenia społeczne przekonały się, że lepiej wcześnie zastosować leczenie, niż później leczyć skutki urazów i płacić kalekom renty i odszkodowania i przyczyniły się przede wszystkim do powstania odpowiednich instytucyj. W *Instytucie dra Sokołowskiego* w Warszawie w latach 1936 i 1937 leczono łącznie 3.000 najcięższych przypadków urazowych, ran i złamań. Łącznie z chorymi ambulatoryjnymi podlegało w okresie tych 2 lat leczeniu 15.000 chorych urazowych. Przez zmniejszanie zła społecznego, jakim jest kalectwo, traumatologia nabrała dużego znaczenia społecznego. Zapoczątkowanie w Polsce specjalnych ośrodków traumatologicznych zaznaczyło się przez utworzenie: 1) *Instytutu Chirurgi Urazowej w Warszawie* i 2) Utworzenie *Oddziału Traumatologicznego w Szpitalu Im. Narutowicza w Krakowie*. Nowoczesny szpital urazowy winien być odpowiednio, poniekąd swoiście, urzadzony i wyposażony. W organizacji takiego szpitala musi być uwzględniona konieczność szybkiego udzielenia pierwszej pomocy i szpital powinien być stale nastawiony na natychmiastowe załatwianie każdego cięższego przypadku po świeżym urazie. Dla cięższych przypadków w stanie wstrząsu powinno istnieć odosobnione pomieszczenie dla przeczekania wstrząsu. Pracownia rentgenowska, stanowiąca „Oczy" szpitala urazowego winna mieć trzy aparaty: 1) Jeden pracuje stale w pracowni. 2) Drugi przenośny, obsługuje sale operacyjne i gipsownie, celem wykonywania zdjęć i prześwietleń podczas zabiegów krwawych lub nastawiania złamań i zwichnięć. 3) Trzeci aparat przyłóżkowy służy do wykonywania zdjęć na salach chorych w tych przypadkach, gdzie przeniesienie chorego do pracowni jest niewykonalne (np. leczenie wyciągowe). Okna w salach operacyjnych, gipsowych i opatrunkowych muszą być opatrzone w zasłony, umożliwiające szybkie i szczelne zaciemnienie tych sal. Szpital urazowy powinien mieć 2 ambulatoryjne sale operacyjne dla zabiegów lżejszych i 2 oddziałowe dla poważniejszych cięższych zabiegów. Oczywiście duszą szpitala, jak zresztą każdego oddziału chirurgicznego jest sterylizacja. Przychodnia powinna mieć 2 sale gipsowe, męską i żeńską, ze względu na konieczność obnażania przy nakładaniu niektórych opatrunków. Sale chorych muszą mieć łóżka urazowe specjalnego typu, umożliwiające stosowanie leczenia wyciągowego oraz odpowiednie ułożenie chorego. Przy oddziałach znajduje się magazyn, zawierający różnego rodzaju szyny i podstawki, części zapasowe i dodatkowe do łóżek, urządzenia wyciągów itd. Na salach powinna być instalacja radiowa na słuchawki. Szpital urazowy powinien mieć oddział fizjoterapii dla doprowadzenia leczenia do końca. Eksponaty Instytutu Chirurgii Urazowej na Wystawie dotyczyły: 1) Ratownictwa urazowego i obejmowały eksponaty i tablice sprzętów urazowych, statystyczne plansze graficzne i technikę leczenia urazowego ilustrowaną za pomocą diapozytywów oraz tablic. 2) Techniki sterylizacji, które zawierały oryginalne modele autoklawów konstrukcji dra Sokołowskiego, eksponaty różnych innych modeli i tablic, objaśniających szczegóły naukowe i techniczne.

Gazolecznictwo było umieszczone w osobnej pięknie urządzonej sali, a reprezentowane przez *Krakowski Szpital św. Łazarza* (Dyrektor dr Topolnicki), a mianowicie *Oddział Wewnętrzny* prof. dra Oszackiego. Było tam, między innymi, zainstalowane łóżko z całą aparaturą stosowaną w gazolecznictwie. Nadto były na III piętrze eksponaty Szpitala Szkolnego Centrum Wychowania Sanitarnego Wojskowego, głównie jako piękne rentgenogramy oraz preparaty anatomo-patologiczne. Poza tym były obrazy, plany i objaśnienia Szpitala Okręgowego Warowni Wilno, Szpitala Sezonowego w Ciechocinku i Sanatorium Wojskowego w Otwocku.

Na dziedzińcu były: Eksponaty Ratownictwa Sanitarnego, Samolot Sanitarny, Kolumna dezynfekcyjno-kąpielowa P. C. K., Karetki Pogotowia Ratunkowego i Czołówka samochodowa chirurgiczna dla armii, ufundowana przez pracowników Państwowej Służby zdrowia obok stoisk firm „Maggi" i innych.

K) *W suterenach albo niskim parterze* były urządzenia dla kąpieli gazowych, wagi precyzyjne, sala dla pogadanek, Kino Polskiego Czerwonego Krzyża, z pokazami naukowymi od 6—8 wieczór, urządzenia chłodnicze, piece utrzymujące automatycznie jednaką ciepłotę, termostaty, a w końcu Kawiarnia-Bar w lokalu i w ogrodzie.

Bibliografia

Artykuły oryginalne w czasopismach
Piśmiennictwo polskie

Medycyna. Nr 24. 1938. Walter F.: Bodźcowe leczenie kiły. — Dustin A. P. i Chodkowski K.: Badanie ognisk zapalnych i ziarniaków przy pomocy odczynu kolchicynowego. — Gordon M.: Nadtarczyczność w świetle materiału Kliniki Wewnętrznej U. S. B. za okres 1922—1937 r. — Korczakowski J.: Spostrzeżenia nad leczeniem surowicą powikłanych, ostrych zapaleń wyrostka robaczkowego. — Patryło J.: Hałas miejski oraz wytyczne jego zwalczania. — Mitrinowić A.: Rejestracja głosu drogą filmu głosowego w phonasthenii.

Życie Lekarskie. Nr 1. 1939. Borkowski E.: Choroby weneryczne — klęska społeczna. — Skokowska-Rudolf M.: Przyczynek do opieki położniczej na wsi. — Hanke E.: O nowelizację ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej. — Dydyński L.: Przemysł farmaceutyczny i lekarze. — Górski K.: Lekarze a obronność kraju.

Medycyna Praktyczna. Z. 23. 1938. Skomoroch Wł.: Spostrzeżenia nad ostatnią epidemią lokalną duru osutkowego w powiecie koszyrskim na Polesiu. — Grzędzielski J.: O krwotokach podpajęczynówkowych (c. d. n.). — Sedlaček K.: Immunoterapia (c. d. n.). — Kubikowski P.: Wpływ środków przeczyszczających na czynność motoryczną jelit (c. d.).

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr 48. 1938. Spis rzeczy za r. 1938.

Chirurg Polski. Nr 12. 1938. Ciszkiewicz H.: Fractura epicondyli medialis humeri.

Wiedza Lekarska. Nr 12. 1938. Venulet F.: Choroby wywołane jakościowo niedostatecznym pożywieniem (awitaminozy).

Prasa Lekarska. Nr 1. 1939. Haupt W.: Leczenie osłabienia bólów porodowych. — Ber A.: Zarys endokrynologii w świetle współczesnych badań.

Therapia Nova. Nr 12. 1938. Rotstadt J.: Choroba Heine-Medina, jako zagadnienie wodolecznicze. — Csepai K.: Leczenie wrzodów żołądka za pomocą hormonu jajnikowego (folikuliny). — Heryng P.: Leczenie i zapobieganie błonicy (c. d.).

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr 1. 1939.

Farmacja. Nr 6. 1938.

Czasopismo Towarzystwa Aptekarskiego we Lwowie. Nr 12. 1938.

Młoda Matka. Nr 1. 1939.

Przegląd Weterynaryjny. Nr 12. 1938.

Wiadomości Weterynaryjne. Nr 221. 1938.

Oceny

Urazy narządu słuchowego (Traumatismes de l'oreille). J.-A. RAMADIER et R. CAUSSÉ. Str. 148, 1937.

Autorzy właściwie zajmują się urazami kości skalistej i tym należy tłumaczyć, że całe rozdziały urazów narządu słuchowego zostały nieuwzględnione lub tylko pobieżnie wspomniane.

Urazy ucha zewnętrznego i błony bębenkowej potraktowane są bardzo pobieżnie i autorzy nie uwzględniają nie tylko dawnego, ale i najnowszego piśmiennictwa, dość zresztą licznego — jak np. wyniki doświadczeń wojennych.

Natomiast bardzo szeroko i z podaniem, dość obszernym piśmiennictwa omawiają autorzy urazy kości skalistej, przedstawiając mechanizm powstawania, objawy, następstwa i postępowanie lecznicze. Dość szczegółowo uwzględniono wyniki badań anatomo-patologicznych.

Osobny rozdział stanowią postrzały kości skalistej. Szczegółowo rozpatrują autorzy możliwości zabiegu operacyjnego w przypadkach postrzałowych. W każdym przypadku należy rozważyć położenie pocisku; jeżeli dostęp do pocisku jest łatwy, należy go jak najśpieszniej usunąć; jeżeli pocisk położony jest głębiej, należy kierować się objawami ogólnymi.

W osobnym rozdziale autorzy zajmują się wstrząsem błędnika, rozpatrując szczegółowo zmiany anatomo-patologiczne i objawy ze strony nerwu ślimakowego i przedsionkowego.

W końcowym rozdziale omawiane są główne sposoby wykrywania symulacji i ocena urazów narządu słuchowego pod względem sądowym i zdolności do pracy.

Zalewski (Lwów).

Zatrucie salicylowe (La Toxicosis salicilica). FERNANDO HERRERA RAMOS. Montevideo 1937. Wyd. Casa A. Barreiro y Ramos. S. A.

Omówiwszy historię stosowania salicylu w ostrym gośćcu stawowym i dawniejsze kazuistyczne przypadki zatrucia salicylem, autor porusza patogenezę i mechanizm powstawania zatrucia salicylem w świetle dzisiejszego stanu wiedzy o kwasicy i acetonemii. Po opisie obrazu klinicznego i leczenia zatruć salicylowych, autor poleca jako najskuteczniejszy środek zapobiegawczy i leczniczy przeciw zatruciu salicylem, wstrzykiwania insuliny od 10—40 jednostek dziennie, podając równocześnie glukozę w stosunku 3 g na jedną jednostkę insuliny. Ten sposób zezwala na długotrwałe i energiczne stosowanie salicylu, co nie tylko umożliwia wyleczenie schorzeń stawowych, lecz ponadto i wyleczenie schorzeń gośćcowych serca. Książka zawiera 10, szczegółowo opisanych historii chorób, dotyczących zatruć salicylem i część doświadczalną, w której autor badał zachowanie się salicylu w naczyniach i tkankach u psów. Piśmiennictwo obejmuje 250 dzieł. Monografia ta odznacza się wyczerpującym przedstawieniem zagadnienia i głęboką znajomością przedmiotu, co pozwoliło autorowi rozszerzyć nasze możliwości lecznicze przy pomocy salicylu i jego pochodnych.

Mester (Kraków).

Gruźlica a medycyna społeczna (Tuberculose et médecine sociale). ETIENNE BERNARD. Przedmowa prof. F. Bezançon. Masson et Cie. Paris 1938.

O ile przed laty pojęcie gruźlicy, choroby społecznej, było równoznaczne z pojęciem gruźlicy, zła społecznego, o tyle dziś już przybiera ono, szczególnie w niektórych krajach, bardziej twórcze a mniej tragiczne znaczenie walki społecznej z plagą. W dziedzinie tej walki pojawiły się, w związku z przeobrażeniem lecznictwa z indywidualnego w masowe, nowe zagadnienia, którym poświęca E. Bernard, znany ftizjolog francuski, niniejszą monografię. Omawia kolejno: sprawę profilaktyki w zakładach dziecięcych, potrzebę rekonwalescencji po zakażeniu pierwotnym (nawet klinicznie bezobjawowym), profilaktykę wśród studentów wyższych uczelni, przyczyny niedomagań organizacyjnych, powodujących bardzo długie wyczekiwanie chorych na miejsca w sanatoriach, zagadnienie psychiki chorych na gruźlicę, sprawę opieki posanatoryjnej i readaptacji chorych do pracy, problem gruźlicy w armii itp. Każdy rozdział stanowi krótkie, lecz prawie wyczerpujące omówienie tematu, a oparty głównie na stosunkach francuskich, uwzględnia też dane liczbowe innych państw. Rozdział ostatni, pt. „Przyszłość gruźlicy", każe poważnie zastanowić się nad tym, czy też droga, którą kroczymy, nie kryje w sobie możliwości katastrofalnego „powrotu" gruźlicy w czasie niezbyt odległym.

Czytelnik polski czyta z zazdrością o imponującej francuskiej organizacji przeciwgruźliczej w armii, z podziwem o wynikach akcji przeciwgruźliczej w faszystowskiej Italii. Ale z tym większą przykrością musi stwierdzić, że Polska nie znajduje w ogóle uwzględnienia, poza krótką notatką o gruźlicy wśród Żydów w Warszawie, Łodzi i Białymstoku. Nie boli nas ominięcie Polski, kiedy mowa o tym, że śmiertelność z gruźlicy we Francji jest największa wśród wielkich narodów Europy — u nas bowiem śmiertelność jest jeszcze o kilkadziesiąt (!) procent wyższa. Ale razi nas ominięcie wyników pracy pozytywnej, wyników, którymi możemy się słusznie chlubić. I tak wprowadzono u nas już przed kilku laty masowe badania wstępujących na wyższe uczelnie, ale o tym autor nie wie; wie natomiast, że w Czechosłowacji „istnieje zamiar" wprowadzenia takich badań. Wiem konkretnie, że statystyki polskie są we Francji dostępne i bywają przytaczane. Nie znam natomiast przyczyny, dla której dla p. E. Bernard wielkie narody Europy kończą się na Czechosłowacji.

T. Kielanowski (Lwów).

Księga jubileuszowa, z okazji 75-lecia Bratniej Pomocy Medyków Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków, MCMXXXVIII.

Instytucje, które mogą w roku 20. rocznicy Niepodległości Państwa, obchodzić 75-lecie swego istnienia, dają najpiękniejszy dowód trwałości naszej kultury narodowej. Bratnia Pomoc Medyków U. J., dzięki której trzy pokolenia lekarzy mogły ukończyć studia, by w najcięższych warunkach niewoli walczyć o zdrowie Polaków wszystkich trzech zaborów, uczciła swój jubileusz wydaniem księgi pamiątkowej, doskonałej pod względem graficznym, w której drukują wspomnienia członkowie byłych zarządów i obecni pracownicy. Z wspomnień wyłania się nie tylko historia walki o byt materialny kolegów, budowę własnego domu, druk pierwszych polskich skryptów i podręczników, lecz również historia walki o niepodległość, w której padło życie niejednego młodego studenta, niejednego członka Towarzystwa. Widzimy, jak z dniem powstania Legionów, tworzyli ówcześni włodarze krakowskiego Bratniaka w lokalu Zarządu pierwszy zaczątek legionowej służby zdrowia. Widzimy wreszcie, jak po powstaniu Państwa, Bratniak krakowski rozwinął się w jedno z najlepiej zorganizowanych polskich, studenckich stowarzyszeń samopomocowych. Należy życzyć sobie, by księga ta, będąca nieomal dokumentem historycznym, znalazła się w rękach wszystkich, którym dobro polskiej studiującej młodzieży lekarskiej leży na sercu.

T. Kielanowski (Lwów).

Zespoły impregnacji gruźliczej (Les syndromes d'imprégnation tuberculeuse). RENÉ BURNAND. Masson et Cie. Paris 1938.

Wysiłek współczesnej diagnostyki ftizjologicznej skierowany jest ku poszukiwaniu i demaskowaniu ognisk gruźliczych, ustalaniu ich dokładnej lokalizacji, rodzaju, ciężkości itp. Wobec tej „tyranii patologii płucnej" (gdyż lokalizacja płucna przeważa), ustępuje pojęcie „gruźlicy, choroby ogólnej" na plan dalszy. A jednak istnieją schorzenia ogólne, które, mimo braku zmian miejscowych, typowo gruźliczych, są etiologicznie gruźliczymi, nie zawsze dowód na to dać można. Tym schorzeniom ogólnym poświęca R. Burnand monografię, łącząc je wspólną nazwą impregnacji gruźliczej i rozróżniając w niej trzy postacie kliniczne:

1. Gruźlice prosówkowe ostre i przewlekłe (łagodne) lub wędrujące *(granulie migratrice)*. Postacie te są klinicznie dość dobrze znane, a etiologiczna przynależność ich do gruźlicy jest w większości przypadków łatwa do rozpoznania.

2. Stan przewlekłej bacylozy *(état bacillaire chronique)*. Postać ta cechuje się: uporczywymi stanami podgorączkowymi, które nie ustępują pod wpływem leżenia w łóżku, ani nie wzmagają się po zmęczeniu; bólami głowy, osłabieniem, zaburzeniami w miesiączkowaniu, bezsennością, wszystko to przy nieupośledzonym stanie odżywienia i zdrowym wyglądzie. Dowodem etiologii gruźliczej tych postaci są: obciążenie rodzinne gruźlicą, przebyte schorzenia gruczołowe, toczeń, rumień guzowaty, suche zapalenie opłucnej, choroby gośćcowe, poronne zapalenia otrzewnej. Odczyny tuberkulinowe zawsze silnie dodatnie.

3. Charłactwo gruźlicze (oczywiście bez gruźlicy narządowej) jest jak gdyby utrwaleniem konstytucjonalnym wszystkich zaburzeń postaci poprzedniej. Chorzy są chudzi, a chudość ta opiera się wszelkiemu leczeniu. Zwyżek ciepłoty nie spostrzega się. Istnieje znaczna skłonność do zaburzeń w trawieniu, zaburzeń nerwowych (neurastenia, melancholia), umysłowych (schizofrenia), wewnątrzwydzielniczych, dychawicy oskrzelowej, wyprysków, migreny itp. Momentami rozpoznawczymi, a zarazem wskazującymi na etiologię gruźliczą są: brak jakiejkolwiek choroby, która by mogła to wyniszczenie powodować; brak czynnej, rozwiniętej gruźlicy narządowej, lecz obecność rentgenologicznych znamion przebytego zakażenia; obciążenie rodzinne gruźlicą, odczyny tuberkulinowe silnie dodatnie; niski odczyn Biernackiego.

Patogeneza charłactwa gruźliczego jest trudna do wyjaśnienia. Autor skłonny jest do uwzględnienia tu roli nietypowych, osłabionych zarazków gruźliczych, czy zarazka przesączalnego *(ultravirus)* i streszcza najważniejsze prace z tej dziedziny, tak liczne przed kilku laty.

Leczenie impregnacji gruźliczej jest w ogóle niewdzięczne. Ogólne leczenie nieswoiste zawodzi prawie zawsze (nie, jak w gruźlicy narządowej). Dobre wyniki natomiast uzyskiwał autor leczeniem swoistym tuberkuliną (które znowu w wypadkach gruźlicy narządowej zawodzi i jest niebezpieczne).

Autor podkreśla w końcu, że mimo ogólnego osłabienia i wielkiej skłonności do różnych zachorowań, charłacy wykazują wobec gruźlicy znaczną odporność, a długowieczność ich bywa przysłowiowa (u nas „skrzypiące koło").

Wywody autora, oparte na 30-letnim doświadczeniu ftizjologicznym, czyta się z najżywszym zainteresowaniem. Zgodnie z intencją autora widzi czytelnik przed oczyma liczne własne obserwacje, podziwiając bystrość i ścisłość spostrzegania klinicznego oraz krytycyzm rozumowań klinicznych i patogenetycznych. Praca R. Burnand wzbogaca ftizjologię o trwałe i cenne wartości.

T. Kielanowski (Lwów).

Przegląd piśmiennictwa

Patologia

Pajęczynowatość palców (dolichostenomelia, arachnodaktylia). A.-B. MARFAN. Ann. de Méd. T. 44, nr 1, 1938.

Autor omawia tę anomalię, którą sam po raz pierwszy w piśmiennictwie opisał w r. 1896, na podstawie około 150 dotychczas ogłoszonych przypadków, częściowo własnych.

Cechy podstawowe są: nadmierna długość i cienkość wszystkich kości kończyn, najsilniej zaznaczona na kościach najbardziej dystalnych (ręka, stopa), nadmierny wzrost ogólny, delikatność i zmniejszone napięcie mięśni przy zachowanej ich sile i braku cech zaniku, zwiotczenie więzadeł, mała podściółka tłuszczowa. Przykurcz mięśni zginających przedramienia, zbyt krótkich w stosunku do kości, powoduje szponowate ustawienie palców; wydłużenie kości stopy wraz ze zwiotczeniem więzadeł jest przyczyną powstawania stopy płaskiej. Klatka piersiowa bywa często wąska i płaska; dołącza się zazwyczaj do tego kyfoza lub kyfoskolioza.

Anomalii tej mogą towarzyszyć rozmaite inne wady rozwojowe, najczęściej w obrębie oka i serca, a mianowicie wrodzone przemieszczenie (ektopia) lub nadwichnięcie soczewki oraz niezarastanie otworu Botalli'ego i choroba Rogera.

Dolichostenomelia jest sprawą wrodzoną (bardzo rzadko tylko stwierdza się ją dopiero w jakiś czas po urodzeniu), dziedziczna jako cecha przeważająca, która powstaje może drogą mutacji; wśród przodków lub w potomstwie może występować w postaci poronnej. W sprawie jej patogenezy ścierają się dwie teorie, z których żadna jednak nie jest dostatecznie faktami poparta; według jednej, anomalia ta jest wyrazem ogólnego zaburzenia w rozwoju tkanek i narządów pochodzenia mezodermalnego; sprzeciwia się jej fakt częstego uszkodzenia soczewki i więzadełka Zinna, pochodzących z ektodermy; według drugiej, pomnożenie ilości kwasochłonnych komórek przedniego płata przysadki, które u dorosłych wywołuje akromegalię, a w okresie wzrostu organizmu — gigantyzm, powoduje dolichostenomelię, jeśli występuje podczas życia płodowego.

Zmiany w budowie klatki piersiowej, wywołujące skłonność do schorzeń dróg oddechowych oraz wrodzone wady serca, stanowią czynniki, powodujące, że ludzie z dolichostenomelią żyją przeciętnie krócej, niż ludzie normalni. Jedynym zadaniem lekarza w tych przypadkach, poza zabiegami dotyczącymi oczu lub ortopedycznym leczeniem, jest zapobieganie niebezpieczeństwom, na jakie ci ludzie są narażeni.

Autor zwraca uwagę, że nazwa „arachnodaktylia" jest niesłuszna, gdyż 1) zmiany dotyczą całych kończyn, nie tylko palców, 2) te ostatnie przypominają odnóża pająka tylko wtedy, gdy zachodzi przykurcz zginaczy przedramienia, a ten nie jest objawem stałym. *F. Rathauser* (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce

Krwotoczna niedokrwistość aplastyczna po leczeniu złotem. WEIL, OUMANSKY, LANGLOIS. Ann. de Méd. T. 44. Nr 1. 1938.

U 41-letniej kobiety przeprowadzono z powodu zbyt pochopnie rozpoznanej gruźlicy płuc leczenie złotem, mianowicie wstrzykiwano seriami co 5 dni dożylnie preparat crysalbiny, w przeciągu roku.

W około 2 tygodnie po 30. i ostatnim zastrzyku wystąpiły wymioty o zabarwieniu brunatnym, niewielkie krwioplucie, wybroczyny i większe podbiegnięcia krwawe na kończynach dolnych, a badanie kliniczne, prócz bardzo znacznej bladości wykazało we krwi objawy ciężkiej niedokrwistości aplastycznej: 1,400.000 c. cz., 1.600 c. b., 30% segmentowanych; czas krwawienia: 3 godziny. Mimo przetaczania krwi stan chorej pogarszał się i chora po 3 tygodniach zmarła.

Sekcja wykazała drobne, rozsiane ogniska krwotoczne w narządach oraz zmiany w śledzionie, przypominające fibroadenię choroby Banti'ego. Autor zwraca uwagę na możliwość, że te zmiany są wyrazem skłonności chorej do ciężkiej niedokrwistości. Płuca zmian gruźliczych nie wykazywały.

F. Rathauser (Lwów).

O przypadku panarteriitis visceralis. G. CANIÉRE. Ann. de Méd. T. 44, nr 1, 1938.

W przypadku tym mężczyzna 36-letni chorował przez $2^1/_2$ miesiąca wśród bardzo rozmaitych, nie przypominających żadnej jednostki chorobowej objawów, mianowicie: na początku bóle stawowe, zwyżki ciepłoty ciała do 38,2°, która potem wróciła do normy, następnie uporczywe bóle brzucha bez wyraźnych objawów ze strony przewodu pokarmowego, stopniowe powiększanie się wątroby i śledziony, niedokrwistość, w końcu postępująca niedomoga i uszkodzenie mięśnia sercowego, wzrastająca azocica, zmniejszenie ilości moczu, białkomocz i po $2^1/_2$ miesiącach śmierć wśród objawów niedomogi serca i mocznicy. Sekcja wraz z badaniem drobnowidowym wykazała bujanie wysepkowe i pasmowe tkanki łącznej w wątrobie, śledzionie, trzustce i nerkach oraz mięśniu sercowym na tle zarostowego zapalenia wszystkich 3 błon ściany tętnic tych narządów; w nerkach poza tym ogniska zawałów.

Autor uważa ten przypadek za szczególną, narządową postać opisanej przez Kussmaula-Maiera *panarteriitis nodosa.*

F. Rathauser (Lwów).

O ludziach zdrowych, prątkujących. F. MEERCSEMAN. Ann. de Méd. T. 44, nr 1, 1938.

W obszernej tej pracy autor przedstawia historię i wyniki swoich i cudzych badań dotyczących obecności prątków Kocha w plwocinie ludzi, u których ani badanie fizykalne, ani radiologiczne, ani też późniejsza obserwacja nie wykazały żadnych zmian w płucach, przy czym wykluczono możebność dostania się prątków skądinąd do plwociny. Prątki stwierdzano przeważnie w doświadczeniu na świnkach, częściowo tylko barwieniem lub na pożywce Löwensteina. Autor polemizuje z Bezançonem i jego szkołą, który we wszystkich tych przypadkach widzi ukrytą postać gruźlicy. Dodatnie odczyny skórne nie wystarczają dla jej stwierdzenia, gdyż u 70% ludzi trzeba by wówczas przyjąć gruźlicę. Autor przyjmuje możliwość wydalania prątków Kocha przez zupełnie zdrowe płuca. Niemniej stwierdzenie prątków w plwocinie zachowuje swoje znaczenie rozpoznawcze. Jako roznosiciele gruźlicy „zdrowi prątkujący" nie mają prawie żadnego znaczenia.

F. Rathauser (Lwów).

Chirurgia, położnictwo i ginekologia, stomatologia

Budowa zwęglonych preparatów błony śluzowej macicy i ich mikrochemiczne zróżnicowanie. Doniesienie I. Błona śluzowa normalna. HELLMUTH WINKLER. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 104. Z. 5—6.

Autor podjął się trudnego i ważnego zadania przestudiowania rozmieszczenia składników nieorganicznych w błonie śluzowej macicy, zależnie od okresu miesiączkowego. Zadanie jest trudne z tego względu, że brak jeszcze opracowanej w zupełności metodyki, a sama technika wymaga niezwykłej dokładności. Autor posługiwał się metodą alkoholową Henkela i Gansa, a za pomocą specjalnych barwień przestudiował rozmieszczenie wapnia, żelaza, magnezu i fosforu. W ogólnych zarysach badania te dały następujące wyniki: 1) Niezabarwiony preparat wykazujący ogólne zawartości wszystkich minerałów. Tuż po miesiączce gruczoły zawierają mniej soli, niż podścielisko. W późniejszych okresach gruczoły gromadzą coraz więcej soli, w środku okresu międzymiesiączkowego ilość soli w gruczołach i podścielisku wyrównuje się, a tuż przed miesiączką widać ponownie przewagę soli w tkance międzygruczołowej. Poczynając od okresu proliferacyjnego ilość soli rozpuszczalnych w wodzie stale wzrasta. 2) Najwięcej magnezu znaleziono w okresie wzrostowym, następnie ilość jego maleje, aż w okresie wydzielniczym znika Mg zupełnie. W gruczołach stwierdza się go we wszystkich okresach więcej, niż w podścielisku. 3) Fosfor zachowuje się wprost przeciwnie, niż magnez. W fazie wydzielniczej jest go najwięcej, we wzrostowej najmniej. Podział między gruczoły a podścielisko jest równomierny. W okresie wzrostu fosfor występuje przeważnie w formie rozpuszczalnej, tuż przed miesiączką w formach nierozpuszczalnych. 4) Sole żelaza znajdują się normalnie tylko w okresie przedmiesiączkowym. W przypadkach słabej miesiączki wykazać ich nie można, w zbyt obfitych krwawieniach miesiączkowych stwierdza się większą ilość żelaza i to już pod koniec okresu wzrostowego.

J. Lenczowski (Lwów).

Przewlekłe zapalenie tkanki łącznej miednicowej. E. A. MUELLER. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 104. Z. 5—6.

Autor zwraca uwagę na dość częste, zwłaszcza powstające w wieku dojrzałości płciowej, przewlekłe zapalenie tkanki łącznej, która powstaje wskutek stanów zapalnych kiszki prostej. Najczęściej sprzyja temu przewlekłe zaparcie. Początkowo powstaje zapalenie błony śluzowej kiszki, tworzy się owrzodzenie, dalej sprawa wkracza w głębsze warstwy jelita, powodując zgrubienie i nacieczenie jej ścian. W końcu wytwarza się zwężenie światła kiszki, co w jeszcze większym stopniu przyczynia się do zalegania treści kałowej. Z kiszki prostej naciek przechodzi na przymacicze, zwłaszcza tylne, ale może przejść

i na boki i w przedni ubytek Douglasa, powodując najróżnorodniejsze objawy chorobowe: tyłozgięcie macicy, objawy zapalenia nerwu kulszowego itd. Dla rozpoznania, zwłaszcza w początkach okresu, konieczne jest badanie dwuręczne kiszki i pochwy. Nigdy nie należy zaniedbać badania rektoskopowego. Niekiedy należy uzupełnić badanie wziernikowaniem pęcherza moczowego. Wchodzi w grę przede wszystkim leczenie samej kiszki, a więc odpowiednia dieta, dbałość o regularne wypróżnienia, płukanie jelit itd. *J. Lenczowski* (Lwów).

O przecięciu spojenia łonowego. HANS HEUCK. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 104. Z. 5—6.

W 57 przypadkach, w których wystąpił niestosunek porodowy, a stan nie dozwalał na cięcie cesarskie, wykonał autor dla ocalenia dziecka przecięcie spojenia łonowego. W 8 przypadkach płód przyszedł na świat nieżywy, w innych urodzono dzieci żywe, częściowo siłami natury, częściowo za pomocą operacji kleszczowej. W przypadkach, gdy płód wydobyto nieżywy, winić należy nie zabieg rozszerzania miednicy, lecz późne wykonanie go. Wyniki więc są dobre. Zwłaszcza nadaje się operacja przecięcia spojenia łonowego w przypadkach zakażonych. Dolną granicę ścieśnienia, przy której można liczyć na poród drogą naturalną i przy której nie należy się obawiać skaleczenia części miękkich, jest wymiar sprzężnej prostej 7,75 cm. Autor poza tym zwraca uwagę na niektóre szczegóły techniczne operacji przecięcia spojenia łonowego. Tylko w jednym przypadku autor obserwował nieznaczne obrażenie przedniej ściany pochwy, które następnie samo się wygoiło. Niemałe znaczenie posiada fakt, że często po operacji następuje trwałe rozszerzenie wejścia do miednicy. W 15 przypadkach chore same rodziły w następnych ciążach, w czterech po dwa razy, a w jednym nawet trzy. Dzieci wszystkie żywe. *J. Lenczowski* (Lwów).

Leczenie przewlekłego zapalenia przymacicz sztucznym wytworzeniem ropnia. K. LOGOTHEPOULOS. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 104. Z. 5—6.

Włókniste zapalenie przymacicz jest ogromnie oporne na wszelkie leczenie. Autor w 7 przypadkach wypróbował nowy, własny sposób postępowania. Przez wstrzyknięcie 5 cm^3 terpentyny w zgrubiałą tkankę przymacicza przekształcał postać włóknistą w ropną. Po 48 godzinach ropień nacinał, otwór rozszerzał, przy czym stwierdzał, że z powstałej jamy wychodziły strzępy martwiczej tkanki. Ropień setonował aż do wygojenia się. Wynik leczniczy w zupełności zadawalający. W kilka tygodni następowała tak znaczna poprawa, jaką nie udawało się osiągnąć u tych chorych żadnym innym leczeniem, nawet w ciągu długich miesięcy. *J. Lenczowski* (Lwów).

Przypadek gruczolistości pochodzenia przypuszczalnie urazowego w połączeniu z mięśniakami macicy. Dr X. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 104. Z. 5—6.

Dr X podaje własną historię choroby i stąd ze zrozumiałych powodów nie wyjawia swego nazwiska. Będąc z zawodu lekarzem-sportowcem uprawiała sport kolarski i turystykę górską. Zawsze czuła się zdrową, miesiączki przechodziła bez najmniejszych dolegliwości. W związku z kilkakrotnymi urazami doznanymi podczas miesiączki wystąpiły znaczne bóle, które nasilały się zwłaszcza w okresie miesiączek. W ciągu kilku lat bóle stawały się coraz to silniejsze, aż wreszcie stwierdzono powstanie guzów w jamie brzusznej. Laparotomia wykazała torbiele czekoladowe w zatoce Douglasa i w jajnikach, ponadto macicę włókniakowato zmienioną. Radykalne usunięcie macicy z przydatkami sprowadziło ostateczne wyleczenie. Autorka jest zdania, że gruczolistość pozamaciczna powstała w związku z urazami, doznanymi w okresie miesiączek, a mianowicie, w myśl teorii Sampsona, cząsteczki błony śluzowej pod wpływem gwałtownego podniesienia ciśnienia wewnątrzmacicznego, spowodowanego uderzeniem, przedostały się przez trąbki do jamy brzusznej i tam się wszczepiły.

Stąd wniosek, że kobiety nie powinny uprawiać sportu rekordowego, który w ustanawianiu terminarzu rozgrywek nie może kierować się osobistymi względami zawodniczek.

(Torbiele czekoladowe utożsamiła autorka niesłusznie z gruczolistością. Nie podała badania drobnowidowego usuniętych narządów). *J. Lenczowski* (Lwów).

Higiena i medycyna społeczna

Kiła a medycyna pracy. A. LICURZI. La Medicina d. Lav. Nr 4, 1937.

Autor zajmuje się zagadnieniem kiły urazowej i zawodowej i omawia sprawę odnowienia lub zaostrzenia się procesu kiłowego z powodu urazu otrzymanego przy pracy.

Z licznych przypadków klinicznych wynika niezbicie, iż kiła ukryta może się ujawnić pod wpływem urazu.

Autor opisuje następnie przypadki nabycia kiły u robotników, zajętych przy wydmuchiwaniu butelek w hutach szklanych, gdzie łatwo jest o przeniesienie kiły z jednego robotnika na drugiego przez zamianę lub wypożyczanie ustników do wydmuchiwania. Możliwość zarażenia istnieje również u robotników zajętych w tkalniach, gdzie pomagają sobie wargami w nawlekaniu nitek do igieł, u muzyków jazz'owych, którzy próbują instrumenty kolegów i zamieniają się między sobą instrumentami dętymi, u lekarzy i sanitariuszy, mamek, które łatwo zarażają się od dzieci z kiłą wrodzoną.

Zapalenie stawów (osobiste poglądy na niektóre nowsze badania). WILBER E., POST M. D. Industrial Medicine. Nr 1, 1937.

Autor stwierdza, że niewiele jest pewnych wiadomości na temat gośćca, tego schorzenia, które poza chorobami układu sercowo-naczyniowego, stanowi najczęstszą przyczynę niezdolności do pracy i świadczeń rentowych.

Około r. 1909 podniesiono ważność zakażenia ogniskowego w migdałkach, stwierdzając obecność paciorkowców hemolitycznych u osobników ze zmianami gośćcowymi. Wstrzykiwaniami dożylnymi małych dawek tych drobnoustrojów wytworzono u zwierząt przewlekłe zmiany zapalne, podobne do gośćcowego zapalenia stawów. Później podobne studia przeprowadzono z zakażeniem ustroju za pośrednictwem ognisk w zębach. Następstwem tych badań było stosowanie prawie przez okres 7 lat szczepionek, otrzymywanych z drobnoustrojów wydobytych z ognisk zakażenia oraz surowic często wieloważnych z uodpornionych zwierząt (koni). Wpływ szczepionek był często wątpliwy, a przynajmniej niepewny, niekiedy jednak dawał wynik dodatni, szczególnie w podostrych przypadkach. Poza tym usuwano ogniska zakażenia, stosowano pożywną dietę z dużą ilością witamin, wysoki, suchy, słoneczny klimat i leczenie fizykalne.

Później podkreślano ważność przemiany węglowodanowej, higieny kiszkowej, rolę witamin, układu sympatycznego, alergię, zaburzenia wydzielania wewnętrznego, szczególnie tarczycy, zaburzenia przekwitania, urazy, zawód i dziedziczność.

Czynniki, działające w gośćcu, mogą być zgrupowane następująco:

1) zakażenie,
2) zaburzenia przyswajania,
3) urazy.

Podział ten, jak zaznacza autor, nie stoi w sprzeczności z podziałem, podanym przez Amerykański komitet zwalczania gośćca. Podział spraw gośćcowych jest następujący:

a) gorączka gośćcowa,
b) zanikowe zapalenie stawów,
c) przerostowe zapalenie stawów,
d) zwłóknienie (gośćcowe zakażenie stawów i tkanek włóknistych).

Włączenie tutaj przewlekłego przerostowego zapalenia stawów może być kwestionowane, jest jednak uzasadnione, ponieważ wielu autorów uważa zakażenie, jako jeden z czynników, powodujących to schorzenie pomimo, że patologiczne zmiany mają przeważnie charakter zwyrodnieniowy z przerostem tkanki kostnej, zwiększeniem ilości cholesteryny we krwi i zmniejszonym działaniem aglutynin i antyhemolizyn.

Właściwe potraktowanie zapalenia stawów na podstawie wiedzy o czynnikach wywołujących i zmianach sprowadza się do następujących poczynań:

a) usuwanie źródeł zakażenia,
b) leczenie szczepionką lub obcym białkiem w specjalnie dobranych przypadkach,
c) leczenie fizykalne, wodolecznictwo, diatermia, leczenie gorączką, światłolecznictwo i lecznictwo klimatyczne,
d) stosowanie diety złożonej przeważnie z węglowodanów i tłuszczów, nisko lub wysoko kalorycznej, zazwyczaj zawierającej pokarmy bogate w witaminy,
e) przestrzeganie higieny przewodu pokarmowego,
f) stosowanie lekarstw, jak salicylany, arsen, jod, żelazo, wyciągi wątrobowe, tran, drożdże, jod, wapń, benzoesan, preparaty złota i siarki,
g) stosowanie zabiegów chirurgicznych, włączając zabiegi ortopedyczne, usuwanie ze stawów płynu, chrząstek i wycinanie kaletek maziowych.

Z wiadomości o chorobach gośćcowych i metod badania, czy leczenia w ciągu ostatnich lat, wymienić należy: 1) użycie toksyny paciorkowcowej w przesączu bulionowym dla celów rozpoznawczych i leczniczych, 2) pomiary potencjału kataforezy (ujemnego ładunku elektrycznego) paciorkowców, jako sposobu

rozpoznawania szczepów i określania ogniska zakażenia oraz reakcji surowicy chorego, a przez to typu zmian stawowych chorego.

Zastosowanie antytoksyny płoniczej naprowadziło na myśl wprowadzenia tych samych metod do badania i leczenia schorzeń gośćcowych w przypadkach zakażenia paciorkowcami.

Wstrzyknięcie przesączu z kultury bakterii wyhodowanej od chorego do jego skóry może wywołać trzy rodzaje zjawisk:

1) przejściową reakcję w postaci obrzęku, zaczerwienienia, palenia, bolesności przez 24—48 godz.,

2) zaatakowanie stawów poprzednio dotkniętych chorobą, które stają się bolesne przez kilka godzin, do tygodnia,

3) bolesność lub obrzęk w miejscu pierwotnego ogniska zakażenia, np. w komórkach sitowych, zatokach nosa, gardle. Zjawiska te są podobne do tych, które występują po wstrzyknięciu starej tuberkuliny Kocha.

Opisane objawy pozwalają wykryć utajone ognisko zakażenia i polepszają czasem nadzwyczajnie stan choroby.

Badanie potencjału kataforezy polega na obserwacji pod mikroskopem ruchu bakterii między katodą i anodą. Stwierdzono, że szczepy zarazków, wyhodowane w tych samych warunkach, zawsze przesuwają się od anody do katody z tą samą szybkością i że szczepy nie chorobotwórcze lub te, które utraciły swoją złośliwość, nie posiadają ładunku elektrycznego. Zastosowanie tej metody do różniczkowania szczepów paciorkowców dało te same rezultaty, co metody bakteriologiczne. Stwierdzono poza tym, że paciorkowce, tzw. artrotropowe zawieszone w surowicy chorego na zapalenie stawów, lub neurotropowe w surowicy chorych, cierpiących na paciorkowce zapalenie nerwów, nie mają potencjału elektrycznego, czyli nie przesuwają się od katody do anody. Przypuszcza się, że w surowicy istnieje jakieś ciało, które zobojętnia ujemny ładunek elektryczny bakterii. Surowice różnych chorych mają niejednakową siłę zobojętniania i surowica tego samego chorego może zwiększyć z czasem swoją siłę, w miarę, jak zwiększa się odporność organizmu. W ten sposób zjawia się nowa metoda ustalania, czy paciorkowce, otrzymane z nosa lub gardła mogą być przyczyną zapalenia stawów lub nerwów i czy surowica chorego zawiera odpowiednie przeciwciała. W przypadkach możliwych usuwane było ognisko zakażenia i stosowane 20—30 dawek autoszczepionki w przerwach 5—7-dniowych. W pewnych przypadkach stosowano rozpylanie w nosie i gardle przesączu bulionowego hodowli, w celu pobudzenia mechanizmu ochronnego tkanek.

Wyniki. Doświadczenia autora wykazują o wiele lepsze wyniki od chwili zastosowania podanych metod. W 83% spośród przypadków zapalenia stawów (145) i 90% zapalenia nerwów (95) nastąpiła wyraźna poprawa. Ważne jest uzyskanie polepszenia, a nawet widocznego uzdrowienia w przypadkach opornych na inne metody leczenia.

(Z przeglądu referatowego zagranicznej literatury fachowej z dziedziny medycyny społecznej i ubezpieczeniowej oraz medycyny pracy. Rok II. Nr 3. Warszawa, 1938. — Rada Naukowo-Lekarska przy Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych).

Ruch w towarzystwach lekarskich — Zjazdy

Sprawozdanie ze zjazdu lekarzy powiatowych województwa lubelskiego w Białej Podlaskiej w dniach 18. i 19. listopada 1938 r.

W zjeździe wzięli udział: Wojewoda Lubelski p. de Tramecourt, delegat Min. Opieki Społecznej insp. dr Zachert, lekarze oraz przedstawiciele władz państwowych, wojskowych, instytucyj samorządowych i społecznych oraz sąsiednich województw.

Zjazd otworzył Pan Wojewoda lubelski Jerzy de Tramecourt, witając przedstawiciela Ministerstwa Opieki Społecznej dr Zacherta oraz wszystkich obecnych. Po słowach pełnych uznania dla pracy publicznej służby zdrowia, wskazał Pan Wojewoda na potrzeby terenowe w zakresie zdrowia, przy czym pierwsze miejsce wyznaczył profilaktyce i tym instytucjom, które ją realizują, a więc ośrodkom zdrowia, koloniom i półkoloniom, akcji dożywiania dzieci, prowadzonej przez komitety opieki nad młodzieżą i dziećmi, kąpieliskom. Dalej podkreślił Pan Wojewoda konieczność wytrwałej intensywnej pracy nad stanem sanitarnym i porządkowym osiedli i wsi oraz celowym rozwiązaniem opieki nad sierotami. Pan Wojewoda zakończył swe przemówienie apelem, aby mimo trudnych warunków, pracownicy służby zdrowia wytrwali w pracy dla dobra Państwa i społeczeństwa.

Następnie złożył życzenia zjazdowi przedstawiciel Ministerstwa Opieki Społecznej dr Zachert oraz wyraził w imieniu Ministerstwa Opieki Społecznej swą zupełną zgodę z programem pracy, przedstawionym przez Pana Wojewodę.

Obrady rozpoczął Naczelnik Wydziału Pracy, Opieki i Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Lublinie dr Danielski sprawozdaniem z działalności sanitariatu i ze stanu zdrowotnego województwa lubelskiego na rok 1937/38. W szczegółowo opracowanym referacie Naczelnik dr Danielski podniósł postępy w organizacji służby zdrowia. Organizacja samorządowej służby zdrowia oparła się głównie na pracy powiatowych i rejonowych ośrodków zdrowia, których sieć uległa znacznemu rozszerzeniu (liczba ośrodków zdrowia zwiększyła się o 17 w ciągu roku sprawozdawczego). Zwiększyły się także sumy, preliminowane przez niektóre samorządy na akcję zdrowotną, co spowodowało ogólny wzrost sum, wydanych na zdrowie z 7,8% w roku 1936/37 do 10,7% w roku 1938/39. Stan sanitarny miast poprawia się, zakłada się sieć wodociągową i kanalizacyjną w Chełmie, Siedlcach i Zamościu. Walkę z chorobami zakaźnymi prowadzi się przez akcję szczepienno-zapobiegawczą, zakrojoną na bardzo szeroką skalę, przez akcję sanitarną osiedli, dalej przez zaopatrywanie ludności w dobrą wodę do picia, nadzór nad żywnością oraz nad nosicielami chorób zakaźnych, szczególnie duru brzusznego. Niemałą rolę w walce z chorobami zakaźnymi odgrywa harmonijna współpraca publicznej służby zdrowia z oddziałem lubelskim Państwowego Zakładu Higieny, którego kierownik dr Chromiński wiele wysiłku kładzie w rozwój tej placówki. O rozmiarze akcji szczepiennej może świadczyć fakt, że przeciw samej czerwonce przeszczepiono ponad 200.000 ludności. Stan szpitalnictwa ulega również poprawie, czy to na skutek rozbudowy szpitali, czy też gruntownego ich remontu, lecz liczba łóżek nie jest jeszcze wystarczająca. Ludność zaś coraz bardziej garnie się do leczenia szpitalnego, o czym świadczy obłożenie szpitali, które przeciętnie wynosi już 81%, podczas gdy w roku 1935/36 wynosiło 67%. Opieka lekarska w ubezpieczalniach uległa ostatnio pewnej poprawie; urzędnicy państwowi korzystają z dobrej opieki. Przedstawiając plan na przyszłość, Naczelnik dr Danielski podkreślił jako najważniejsze zagadnienia: 1) akcję sanitarną, budowę studni, wodociągów, kanalizacji i kąpielisk, 2) dalszy rozwój ośrodków zdrowia, 3) pomoc położniczą, 4) rozwój szpitalnictwa, 5) opiekę zdrowotną nad szkołami, 6) higienę i bezpieczeństwo pracy, 7) opiekę nad dziećmi i młodzieżą, 8) pomoc w nagłych wypadkach, 9) propagandę higieny.

W następnym referacie kierownik oddziału lubelskiego P. Z. H. dr Chromiński przedstawił wyniki współpracy lekarzy powiatowych z Zakładem i metody ku dalszemu jej zacieśnieniu.

Dalszą część przedpołudniowych obrad zajęły sprawozdania uzupełniające lekarzy powiatowych, świadczące o intensywnej pracy na polu służby zdrowia — niezmordowanej, mimo licznych trudności. Także lekarze naczelni Ubezpieczalni Społecznej z Zamościa i Brześcia składali sprawozdania ze współpracy z publiczną służbą zdrowia.

Resumując sprawozdanie lekarzy powiatowych, zabrał raz jeszcze głos Pan Wojewoda, podkreślając wartość pracy lekarzy powiatowych dla społeczeństwa oraz swoje zainteresowanie dla zagadnień służby zdrowia publicznego.

Naczelnik Szajnowski w krótkich słowach oświadczył, że również wydziały powiatowe zwiększają swoje zainteresowanie dla zdrowia publicznego.

Po przerwie obiedniej uczestnicy zjazdu zwiedzili szpital i ośrodek zdrowia w Białej.

Obrady rozpoczęto znowu od odczytania referatu inż. Berezowskiego: *„Szpitale w obronie przeciwlotniczej i przeciwgazowej"*. W referacie inż. Berezowski podał w ramach ogólnych przygotowanie szpitali na wypadek ataku gazowego, aby mogły bez przeszkód stale pracować. Dalej metody współpracy szpitali z punktami rat. san., kąpieliskami i sekcjami rat. san. w czasie ataku gazowego.

Dr Morozowa, wizytatorka lekarska Kuratorium Szkolnego Lubelskiego, w referacie pt.: *„Opieka lekarsko-higieniczna ośrodków zdrowia nad dziećmi szkół powszechnych"*, przedstawiła pozytywne wyniki dotychczasowej akcji ośrodków zdrowia w walce o zdrowie i higienę nad dziećmi szkół powszechnych. Dr Morozowa widzi w jak najściślejszej współpracy ośrodków zdrowia ze szkołami największe korzyści dla zdrowia dziatwy szkolnej.

Wreszcie dr Safian, lekarz powiatowy z Białej-Podlaskiej przedstawił rozwój i pracę ośrodków zdrowia w swym powiecie.

W dyskusji Naczelnik dr Danielski wyraził przekonanie, że opracowywana obecnie ustawa o służbie zdrowia da

impuls do dalszego wydatnego wysiłku całego społeczeństwa na polu zdrowia publicznego i że ułatwi ona pracę także lekarzom powiatowym.

Inspektor dr Zachert wskazał na konieczność podniesienia zainteresowania zdrowiem publicznym ogółu lekarzy. Będzie to wymagało reform w studiach lekarskich. Wielką bolączką jest nadmiar felczerów na wsi, co utrudnia osiedlanie się tam lekarzy oraz brak położnych. Lekarze i położne nie osiedlają się na wsi, gdyż nie mogą uzyskać potrzebnych minimalnych warunków finansowych.

Poważny dzień obrad zakończyło zebranie towarzyskie, na którym omawiano różne zagadnienia społeczne oraz osobiste grona lekarzy powiatowych.

Drugi dzień zjazdu odbył się w Leśnej-Podlaskiej, oddalonej o kilkadziesiąt kilometrów od Białej. Jest to ośrodek kulturalny na wsi. W dawnych budynkach klasztornych mieści się obecnie siedmioklasowa szkoła powszechna, gimnazjum i liceum pedagogiczne. W osadzie znajduje się ośrodek zdrowia.

Na serdeczne przywitanie uczestników przez dyrekcję szkoły i wójta gminy, odpowiedział Naczelnik dr Danielski i zagaił dalsze obrady. Omówione zostały najpierw pokrótce sprawy codziennej pracy lekarzy powiatowych, a mianowicie: konieczność współpracy przy układaniu działu VIII i IX budżetu Wydziału Powiatowego, współpraca z ubezpieczalniami społecznymi, które jeszcze niedość mają zrozumienia dla pracy ośrodków zdrowia, pomoc położnicza na wsi, ratownictwo w nagłych przypadkach, opieka nad sierotami, a potem w obszernym referacie specjalnie interesujące zagadnienie współpracy ośrodków zdrowia ze szpitalami, a mianowicie podał dr Danielski drogi dla rozwiązania tego zagadnienia.

Uzupełnieniem tej pracy był referat Wojewódzkiego Inspektora Lekarskiego dr Nakoniecznego „*O metodach pracy lekarza powiatowego*“, w którym szczegółowemu omówieniu poddane zostały wszystkie najważniejsze zagadnienia codziennej pracy lekarzy powiatowych oraz także pomoc lekarska dla urzędników państwowych oraz roczne sprawozdania lekarzy powiatowych tzw. „księgi sanitarne“.

Referat kierownika Oddziału Opieki Społecznej K. Stalewskiego dotyczył zagadnienia „*Opieki społecznej na wsi*“. Referent przedstawił w bardzo realnych barwach życie ubogiej ludności wiejskiej oraz metody dostarczania im celowej opieki. Sieroty powinny być oddawane w opiekę do rodzin zastępczych, głosi referent, a dobór przybranych rodziców powinien być tego rodzaju, aby istotnie zapewniał dziecku dobre wychowanie. Nie wolno oddawać na wychowanie dzieci takim ludziom, którzy widzą w tym tylko interes dla siebie.

Po referacie dr Danielski zarządził krótką przerwę dla wypoczynku oraz celem zwiedzenia miejscowych instytucji kulturalnych i ośrodka zdrowia.

Po wznowieniu obrad dr Deptuch, wojewódzki lekarz epidemiczny, przedstawił przebieg epidemii czerwonki, trwającej kilka lat w powiecie biłgorajskim oraz metody zwalczania jej. Dr Deptuch podniósł wartość szczepień przeciwczerwonkowych w walce z czerwonką.

Ostatni wreszcie odczytał swój referat Dr L. Strassman, lekarz powiatowy z Garwolina, dotyczący współpracy lekarzy powiatowych z organizacjami społecznymi.

Raz jeszcze zabrał głos Inspektor Służby Zdrowia z Ministerstwa Opieki Społecznej dr Zachert, wskazując lekarzom powiatowym ważność ich pracy i zachęcając ich do coraz to większego wysiłku dla dobra zdrowia publicznego.

Wiadomości bieżące

Zmarli

W Tokio zmarł w wieku 64 lat znany badacz w dziedzinie walki z kiłą prof. dr Sahachiro Hata.

Ruch w towarzystwach lekarskich i zjazdy

XXXI posiedzenie naukowe Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego odbyło się dnia 13 stycznia 1939. Porządek dzienny: 1. Kol. Domaszewicz i kol. Świątkowski (gość): Pokaz przypadku operowanego guza zaułka mostowo-móżdżkowego. 2. Kol. Domaszewicz i kol. Jaburek: Pokaz przypadku operowanego guza mózgu. 3. Kol. Bross W.: O leczeniu gruźlicy płuc torakoplastyką (wykład). 4. Kol. Erb i kol. Poźniakówna: Próby leczenia cardiazolem padaczki.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie. I. Posiedzenie w dniu 11 stycznia 1939 r.: 1. Odczytanie protokołu posiedzenia z dnia 21 grudnia 1938 r. 2. Pokaz chorych i dyskusja. 3. Kol. M. Kocen: Współczesny stan wiedzy o skazach krwotocznych. — Doroczne posiedzenie administracyjne: 1. Sprawozdanie roczne sekretarza. 2. Sprawozdanie roczne Sekcji Towarzystwa. 3. Sprawozdanie roczne bibliotekarza. 4. Sprawozdanie roczne skarbnika. 5. Sprawozdanie roczne Komisji Rewizyjnej. 6. Balotowanie kandydatów na członków Towarzystwa. 7. Wybór Przewodniczącego Ogólnego Zebrania. 8. Wybór członków Zarządu. 9. Wybór członków Komisji. 10. Wybór członków Komisji Rewizyjnej. — II. Posiedzenie w dniu 25 stycznia 1939 r.: 1. Odczytanie protokołu posiedzenia z dnia 11 stycznia 1939 r. 2. Pokaz chorych i dyskusja. 3. Kol. J. Itelson: O zespołach wątrobowo-śledzionowych w obrazie siatkowicy (z omówieniem przypadku własnego). 4. Pokaz preparatów i dyskusja.

XXX Zjazd Chirurgów Polskich odbędzie się we Lwowie w czasie od 16—18 kwietnia br. Tematami programowymi są: 1) Kamica nerkowa i moczowodowa i 2) Leczenie powikłanych złamań kości.

XXV Kongres medycyny francuskiej odbył się w Marsylii w dniach 10, 11 i 12 listopada 1938 roku. Uczestników było 450. Podniesiono na wstępie ważność badań klinicznych, które dzięki świetnym zdobyczom na polu chemii, fizyki i bakteriologii zostały może usunięte na plan dalszy z wielką dla nauki szkodą. Pierwszy temat dotyczył spirochetozy żółtaczki krwotocznej, referowali J. Monges i J. Olmer. Drugą część, leptospirozy nieżółtaczkowe, omawiali J. Troisier i M. Bariety. Choroba ta rozpowszechniona w Japonii, stosunkowo rzadko spotyka się we Francji. Zwrócono uwagę na postacie nerkowe, czysto gorączkowe, itp., na powikłania z chorobami nerwowymi, wreszcie na zachowanie się chlorków we krwi. Drugi temat stanowiła hipochloremia, którą omawiał L. Ambard, Stahl i Kuhlmann, uwzględniając brak chlorków, wywołany przez poty, przez zakwaszenie, przez stratę sodu i przez biegunki. Do tych tematów należało zachowanie się chlorków po operacjach, które omawiali E. J. Bigwood, L. Mayer i F. van Dooren. Wszyscy brali tu głównie pod uwagę warunki fizyczne. Trzeci temat dotyczył leczenia awitaminoz u dorosłych. Mówili o nim G. Mouriquand, A. Chevallier, Toullec, J. Nitzulescu, A. Giroud i wielu innych, przy czym brano pod uwagę nie tylko rozmaite postacie awitaminoz, ale i zachowanie się poszczególnych składników ustroju, jak wapnia, fosforu itp. Rozprawy, które zajmowały sporą część kongresu, wyświetliły liczne zagadnienia, stawiane w wyżej wymienionych schorzeniach.

Różne

Z kraju

Przy II Klinice Chirurgicznej Uniwersytetu J. Piłsudskiego w Warszawie, ul. Elektoralna 12, kierowanej przez prof. dra A. Wojciechowskiego, została uruchomiona przychodnia dla zniekształconych. Przychodnia ta jest przeznaczona dla niezamożnych chorych z wszelkiego rodzaju nabytymi i wrodzonymi zniekształceniami twarzy, nosa, uszu, szyi, piersi, brzucha itd. Przychodnia ma za zadanie: 1) segregowanie zniekształconych według ich etiologii i stanu psychicznego chorego, 2) kwalifikowanie zniekształconych do właściwych zabiegów operacyjnych, 3) stosowanie na miejscu małych zabiegów, 4) przyjmowanie zniekształconych do Kliniki. Kierownikiem przychodni jest dr Michałek-Grodzki. Przychodnia czynna jest na razie w środy od godz. 11—12.

Ostatnio wydany zeszyt XXXVI Rocznika Psychiatrycznego został poświęcony pamięci profesora Maksymiliana Rosego.

Przy Publicznym Szpitalu Miejskim w Toruniu otwarto od dnia 1 stycznia br. kursy przeszkoleniowe dla położnych z województwa pomorskiego. Kierownictwo kursu spoczywa w ręku ordynatora Oddziału Położniczo-Ginekologicznego dra Eugeniusza Turyny. Należy z uznaniem podkreślić ten fakt i inicjatywę Szpitala Miejskiego w Toruniu, albowiem kursy tego rodzaju zmniejszają istniejące w tym kierunku braki.

W nr 1. Warsz. Czas. Lek. dr Justman zwraca uwagę na konieczność utworzenia Instytutu Medycyny Zwrotnikowej w Gdyni. Konieczność taka jest podyktowana wzmagającym się rozwojem ekonomicznych stosunków naszego Państwa z krajami zamorskimi. W ślad za tym idzie możliwość zawleczenia chorób zwrotnikowych. Dlatego racjonalne byłoby stworzenie na miejscu, tj. w Gdyni oprócz specjalnego szpitala zakładów badawczych, co razem wziąwszy stanowiłoby Instytut Medycyny Zwrotnikowej. Instytut ten kształciłby lekarzy okrętowych lub tych, którzy zamierzaliby osiedlić się w krajach gorących lub choćby nad Polskim Morzem

Z okazji 30. rocznicy założenia Kliniki Oto-Laryngologicznej U. J. K. we Lwowie został wydany specjalny numer Polskiego Przeglądu Oto-Laryngologicznego. Dnia 1 września 1908 r. objął utworzoną Katedrę Oto-Laryngologii na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie prof. dr Antoni Jurasz, a po nim, obecny dyrektor Kliniki, prof. dr Teofil Zalewski.

W związku z wybudowaniem nowego portu rybackiego w Władysławowie oraz ze zmianami, jakie w życiu rybaków helskich wywołało uznanie półwyspu Helu za rejon umocniony, Rząd wniósł do sejmu projekt ustawy o ustanowieniu zabudowy oraz zbywaniu i zamianie niektórych gruntów państwowych położonych w obrębie gmin, w których znajdują się porty morskie. Z chwilą przyjęcia tego projektu utraci moc obowiązującą obecnie w tym przedmiocie ustawa z dnia 18. II. 1932 r., ograniczająca ustanawianie omawianego prawa jedynie do Gdyni. Obecnie Rząd jest zdania, że rozwój portu we Władysławowie wymaga osiedlenia tam rybaków na stałe, z drugiej strony zaś utrudnienia w wykonywaniu rybołóstwa wzdłuż półwyspu helskiego zmuszają do liczenia się z koniecznością przesiedlenia części ludności rybackiej półwyspu do innych miejscowości. Ten ostatni wzgląd wywoła prawdopodobnie potrzebę wybudowania niewielkiego portu rybackiego w zatoce i osiedlenia tam rybaków helskich. Z powyższych powodów Rząd uważa za konieczne udzielenie Ministrowi Przemysłu i Handlu upoważnień w tym zakresie w odniesieniu do wszystkich portów państwowych.

Choroby zakaźne w Polsce w czasie od dnia 9. X. do 29. X. 1938 roku:

Choroby	Tydzień 42 9–15/X	Tydzień 43 16–22/X	Tydzień 44 23–29/X
Ospa	—	—	—
Dur brzuszny	554 *46*	439 *34*	458 *41*
Dury rzekome	—	2	—
Dur plamisty	14	7	15 *2*
Dur powrotny	—	—	—
Czerwonka	676 *66*	661 *78*	469 *68*
Płonica	673 *6*	725 *9*	588 *8*
Błonica	456 *32*	503 *28*	492 *25*
Nagm. zap. opon m.-rdz.	14 *3*	9 *2*	10 *4*
Odra	390 *2*	563 *4*	809 *5*
Krztusiec	205 *6*	204 *6*	216 *8*
Zimnica	5	2	1
Zakażenie połogowe	21 *12*	23 *3*	24 *6*
Choroba Heine-Medina	2	3	5 *1*
Nagm. zap. mózgu	—	1 *1*	1
Choroba Banga	1	—	—
Trąd	—	—	—
Gruźlica	489 *195*	565 *228*	431 *180*
Róża	150 *5*	150 *4*	145 *2*
Jaglica	422	609	368
Twardziel	3	6	—
Wąglik	1	1	—
Nosacizna	—	—	—
Włośnica	23	—	6 *1*
Wścieklizna	*3*	*1*	*1*

Liczby drukiem pochylonym oznaczają zgony.

Anglia

Londyn posiada 75 szpitali, w tym 44 ogólnych i 31 specjalnych. W r. 1937 leczyło się w szpitalach ogólnych około 190 tysięcy chorych, a w szpitalach specjalnych 4.700 chorych.

Francja

Śmiertelność dzieci we Francji nie zmniejszyła się od r. 1933. W roku 1933 wynosiła 69 na 1.000 urodzeń, w 1934 — 69, w 1935 — 65,5, w 1936 — 67, w 1937 — 65 na 1.000 urodzeń.

Niemcy

W Niemczech zaostrzono jeszcze bardziej dotychczasowe przepisy w sprawie zwalczania choroby papuziej.

Od dnia 1 grudnia 1938 r. obowiązuje na terenie byłej Austrii niemiecka taksa na leki.

W Niemczech stworzono nowe pismo pt.: „Die Gesundheitsführung des deutschen Volkes".

Szwecja

Liczbę małżeństw bezdzietnych w Szwecji obliczają na 19,4%; w r. 1930 odsetek ten wynosił mniej, bo 13,6%. Stosunek miast do wsi wyraża się liczbą 25% i 2,63%.

Brazylia

Według urzędowego sprawozdania, śmiertelność z powodu gruźlicy wynosi 100.000 osób rocznie, a chorych na gruźlicę liczą na milion.

Australia

Rząd australijski przesłał do Chin wielkie ilości szczepionek przeciw cholerze. Epidemia cholery w Chinach wykazuje ostatnio znaczne nasilenie.

Holandia

W Holandii szczepi się dzieci surowicą płoniczo-błoniczą przeciw płonicy. Śmiertelność obniżono z 50.1 na 10.000 na 15.1. W Stanach Zjednoczonych zachorowalność wynosi 200 na 100.000 a śmiertelność 1%.

Sprostowanie

W nr 2. Pol. Gaz. Lek. Str. 43, r. 1939, w rubryce *Ruch w towarzystwach lekarskich i zjazdy* mylnie podano, że w Miejskim Szpitalu Żydowskim w Białymstoku odbyło się posiedzenie naukowe *Polskiego Zrzeszenia Lekarzy Woj. Białostockiego*. Posiedzenie to było zwołane przez Zarząd Szpitala *a nie przez Polskie Zrzeszenie Lekarzy Woj. Białostockiego.*

Redakcja otrzymała

Dziennik Urzędowy Izb Lekarsko-Dentystycznych. Z. 1. 1938.

St. Sielicki: Działalność poradni przeciwgruźliczych w Polsce w latach 1935 i 1936. Warszawa 1938.

Sprawozdanie Polskiego Związku Przeciwgruźliczego 1936/37. Warszawa.

Toulouse Médical. Nr 23. 1938.

L'Europe Médicale. Nr 7. 1938.

Fr. Seitz: Vitamine und Hormone und ihre technische Darstellung. II Teil. Darstellung von Vitaminpräparaten. Wyd. S. Hirzel, Lipsk 1939. Cena: 10 RM.

A.-B. Marfan: La ponction du péricarde. Wyd. Masson, Paryż 1938. Cena: 12 fr.

L. Dautrebande, E. Philippot, F. Nogarède i R. Charlier: Travaux pratiques et démonstrations de pharmacodynamie. Wyd. Masson, Paryż 1938. Cena: 35 fr.

A. Leroy: Le Pentaméthylènetétrazol injecté dans les muscles à doses moyennes et répétées, calme souvent l'anxiété du mélancolique et guérit de même l'eczéma, l'urticaire et vraisemblablement d'autres syndromes de la même famille: asthme, migraine, etc. Odb. z „Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie". Nr 8. 1938.

Istanbul Üniversitesi Tib Fakültesi Mecmuasi (Bulletin de la Faculté de Médecine d'Istanbul). Nr 4 i Nr 5. 1938.

G. Roux: Petite Chirurgie. Wyd. Masson et Cie, Paryż 1938. Cena: 120 fr.

P. Emile-Weil et S. Perlès: La ponction sternale. Wyd. Masson et Cie. Paryż 1938. Cena: 75 fr.

A. Policard: Le poumon. Structures et mécanismes a l'état normal et pathologique. Wyd. Masson et Cie, Paryż 1938. Cena: 55 fr.

P. Mallet-Guy: Le traitement non sanglant des fractures du rachis. Wyd. Masson et Cie, Paryż 1938. Cena: 40 fr.

M. Iselin: Chirurgie de la main. Wyd. Masson et Cie. Paryż 1938. Cena: 65 fr.

L. Dydyński: Zarys stuletnich dziejów Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (1820—1920). Odb. z „Medycyny". Nr 17—21. 1938.

Revue Médico-chirurgicale. Nr 1—2. 1938 (rumuńskie).

Société des Nations — Chronique de l'organisation d'hygiène. Vol. I. Nr 1. 1939.

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.